



Lille 2014

**COMMENT MOBILISER
LES PROFESSIONNELS**
pour réussir le changement

LES ACTES

www.performance-en-sante.fr

PROPOS LIMINAIRES



La 4^{ème} Université d'été de la performance en santé a eu lieu le vendredi 29 août et le samedi 30 août 2014 au Grand Palais de Lille. Le lancement des deux journées s'est fait à trois voix : Jean-Yves Grall, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS du Nord-Pas-de-Calais), Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS) et Philippe Ritter, président du Conseil d'administration à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).



Jean-Yves GRALL
directeur général,
ARS Nord-Pas-de-Calais

C'est avec beaucoup de plaisir en tant que directeur général de l'ARS que je vous souhaite la bienvenue en Nord-Pas-de-Calais pour ces journées d'été de l'ANAP.

« Comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement » : au-delà d'être un thème ou un slogan je crois que c'est plus que jamais une ardente obligation pour tous les acteurs du monde de la santé.

La performance du système de santé, alliant qualité des prestations, qualité des prises en charge, et bien sûr juste utilisation des ressources, est nécessaire pour faire face aux défis auxquels nous sommes confrontés. En Nord-Pas-de-Calais, région de 4 000 000 d'habitants, il faut savoir que l'espérance de vie est de plus de deux ans inférieure à la moyenne nationale, qu'il y a une surreprésentation du handicap et aussi une surconsommation de soins de ville et de soins hospitaliers.

La performance de l'action pour commencer, que ce soit dans la prévention, l'accès aux soins, ou encore vis-à-vis des établissements de santé, est très souvent sollicités, trop tardivement, pour des stades très avancés de pathologie. Mais notons également la performance des organisations, au travers d'une organisation transversale et décloisonnée, pour la mise en œuvre de parcours lisibles, accessibles, et fléchés au plus proche des populations. Le parcours de soin n'est qu'une infime partie du parcours de santé, et plus généralement du parcours de vie. Ainsi l'ARS est-elle mobilisée dans cet esprit au sein de sa région et les outils fournis par l'ANAP lui sont souvent précieux dans son action.

Je vous souhaite donc de bons travaux et une très bonne Université ici à Lille et vous remercie bien sûr d'être venus dans le Nord-Pas-de-Calais.



Jean DEBEAUPUIS
directeur général,
DGOS

« Comme l'a souligné le ministre en conclusion de son intervention le 19 juin dernier, la mobilisation des professionnels est indispensable pour permettre à notre système de santé de relever les défis auxquels il est confronté, et de préserver ainsi son excellence. C'est justement sur cette question de la mobilisation des professionnels que l'ANAP nous invite à travailler.

J'apprécie tout particulièrement le thème retenu cette année " Comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement " car il nous invite à nous rapprocher du terrain et à nous intéresser aux ressources humaines de notre système de santé dans un contexte marqué par d'importantes transformations.

Ces transformations, la ministre les a évoquées à l'occasion de ses messages d'ouverture de vos universités à Strasbourg puis à Nantes l'année dernière : l'évolution des données démographiques et épidémiologiques, techniques, et bien entendu celle du contexte économique. Comme vous le savez les établissements contribueront à la mise en œuvre du plan d'économie de 10 milliards d'euros pour le rétablissement des finances publiques.

Je tiens à remercier l'ANAP, Philippe Ritter, son président, Christian Anastasy, son directeur général, et ses équipes, de prendre chaque année l'initiative de réunir la communauté des établissements de santé et médico-sociaux. Je suis sûr que cette année à nouveau vous saurez entretenir cette ambiance à la fois studieuse et conviviale qui est la marque de fabrique de ces Universités, et ferez aussi émerger des propositions qui pourront orienter les politiques publiques que nous sommes chargés collectivement de concevoir et de mettre en œuvre. »



Voir la vidéo



Télécharger
le discours



Voir la vidéo

SOMMAIRE

INTRODUCTION

La mobilisation pour réussir le changement p. 04

01. LES CONFÉRENCES ET DÉBATS

Comment mobiliser les professionnels au service du changement p. 06

Les risques psychosociaux : comprendre pour agir... p. 08

Le dialogue social est-il moribond ? p. 10

L'avenir de la médecine de premier recours est-il individuel ou collectif ? p. 11

Peut-on réussir la révolution des parcours ? p. 12

En aparté : Café posters, un retour d'expérience convivial p. 13

Interview « grand témoin » : Jean-Paul Delevoye p. 14

02. LES ATELIERS DE PROSPECTIVE

P1. Le *leadership* médical, moteur du changement p. 16

P2. Mobiliser les acteurs, développer les usages : une stratégie gagnante pour la modernisation des systèmes d'information p. 17

P3. Quelle gouvernance partagée pour pérenniser et optimiser les coopérations en santé ? p. 18

P4. Le concept de management intégratif : les nouvelles formes de management sont-elles la clé de la mobilisation ? p. 19

P5. Relever le défi d'une prise en charge de qualité par l'interdisciplinarité p. 20

P6. L'attractivité des carrières de la santé et du social en questions p. 21

P7. Rapprochements et coopérations : comment mobiliser les professionnels du secteur médico-social ? p. 22

03. LES ATELIERS DE RETOURS D'EXPÉRIENCE

R1. GPEC territoriale : le portfolio, outil RH de développement personnel, révélateur des « compétences clandestines » des agents p. 24

R2. La qualité de vie au travail au service de la satisfaction des patients p. 26

R3. Réorganisation de l'offre et conversion de places du sanitaire vers le médico-social : méthodologie, outils et enseignements p. 28

R4. Comment réussir l'implémentation d'un dispositif de suivi des activités ? p. 30

R5. Améliorer sans cesse la qualité des soins p. 31

R6. Améliorer les conditions de travail des soignants en EHPAD : exemple de l'ARS p. 32

R7. La mobilisation des professionnels, clé de la réussite d'une démarche métiers-compétences p. 34



Philippe RITTER
président du Conseil
d'administration, ANAP

« Je suis frappé et satisfait de voir qu'il y a une proportion croissante de représentants du secteur médico-social qui participent à ces deux journées ». Cette importante participation est la preuve que notre rencontre annuelle répond à une attente des professionnels, car elle permet des échanges, des débats et des réflexions sur un thème d'actualité. C'est la preuve aussi que le thème très large et ambitieux retenu cette année " Comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement " est un thème précisément mobilisateur.

Pourquoi ? Vous le savez bien, de très grands progrès, de fortes évolutions, des changements profonds sont intervenus au cours des dernières décennies. Ces changements ont souvent été ressentis comme imposés par la hiérarchie et ont suscité dans bien des cas des réticences, de la démotivation, voire des blocages.

Alors comment faire ? Le travail participatif permet de donner du sens aux projets. Il faut que les professionnels se sentent concernés par les changements, qu'ils les comprennent, qu'ils soient impliqués et autant que possible qu'ils y adhèrent et se les approprient. Cela vaut pour le secteur médico-social comme pour le sanitaire, pour les petites comme pour les grandes structures, selon des modalités à adapter évidemment à chaque situation.

L'Université d'été de la performance en santé se propose d'enrichir vos réflexions sur ce thème central et je souhaite bien sûr qu'au terme de ces deux journées, vous repartiez plus riches de connaissances, d'idées, de projets et aussi de confiance en l'avenir, et que vous puissiez diffuser autour de vous ces sentiments. »



Télécharger
le discours



Voir la vidéo

LA MOBILISATION

POUR RÉUSSIR LE CHANGEMENT



L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a organisé pour la 4^{ème} année consécutive l'Université d'été de la performance en santé. Le Tour de France continue... après Avignon, Strasbourg et Nantes, le rendez-vous était pris cette année les 29 et 30 août à Lille.

Les professionnels de santé ont répondu présent, avec plus de 500 participants. Événement singulier et maintenant installé dans le paysage sanitaire et médico-social, l'Université d'été s'est donnée pour objectif cette année d'échanger autour de la place des professionnels dans la transformation du système de santé.

UN PROGRAMME DE QUALITÉ

« Comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement » ? C'est pour répondre à cette question que l'Université d'été de la performance en santé a posé ses valises à Lille Grand Palais, les vendredi 29 et samedi 30 août 2014. Avant l'effervescence de la rentrée, les participants ont pris le temps de mener une réflexion approfondie sur les déterminants de la mobilisation collective au service de l'amélioration de notre système de santé. Fidèle à la double vocation de ce rendez-vous d'allier des éléments de prospective et de partage d'expérience, de nombreux échanges ont eu lieu, animés par des experts reconnus dans leurs domaines. Parmi eux : Jean-Yves Grall, Michel Laforcade et Philippe Calmette, respectivement directeurs généraux des ARS Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine et Limousin ; Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la CNAMTS ; Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé ; Thierry Nobre, professeur en sciences de gestion à l'École des hautes études en santé publics et bien d'autres.

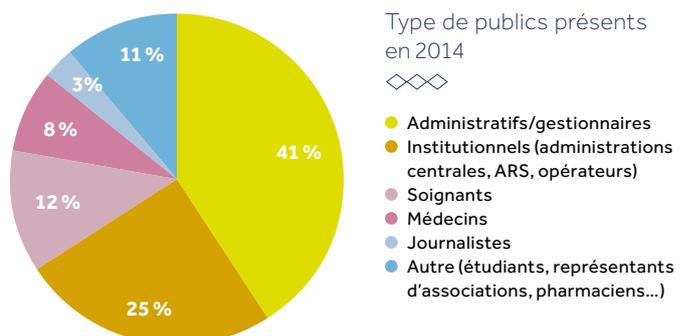
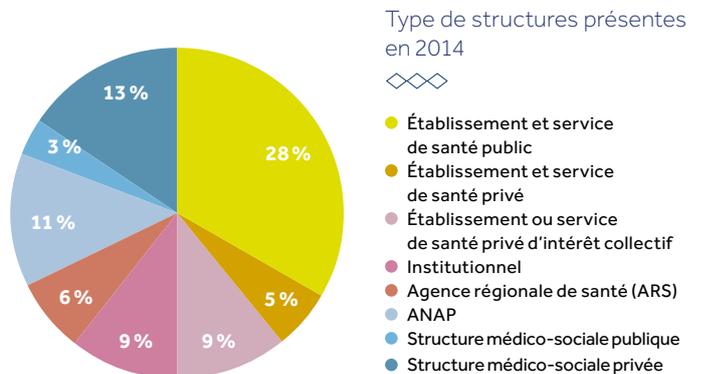
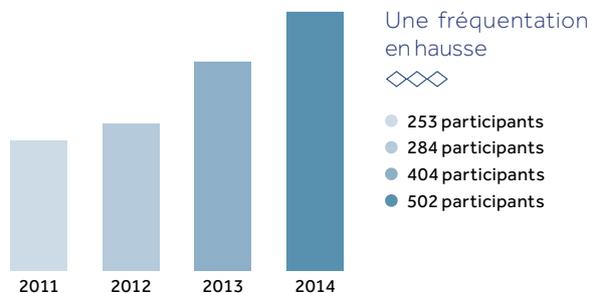
UN CONCEPT SINGULIER

Événement singulier dans le paysage sanitaire et médico-social, ce rendez-vous se veut convivial, interactif et contributif autour du thème de la performance en santé.

Plus précisément, l'Université d'été a pour objectif d'instaurer un débat, de mener une réflexion très large sur le concept de performance et d'en construire une vision prospective dans le domaine de la santé, mais également de permettre des échanges entre participants et experts autour d'initiatives concrètes illustrant la performance en santé.

Tous les types d'acteurs du système de santé participent à ces rencontres : médecins, soignants, gestionnaires, usagers, associations, agences régionales de santé, administrations centrales, écoles et universités...

Ce rendez-vous est une occasion privilégiée pour échanger entre pairs à la fois sur des concepts théoriques relevant d'une expertise de haut niveau, et aussi sur des retours d'expérience utiles directement issus de la pratique quotidienne des professionnels.





01
|
**LES
CONFÉRENCES
ET DÉBATS**
|



COMMENT MOBILISER LES PROFESSIONNELS AU SERVICE DU CHANGEMENT



Gilles HERREROS, professeur de sociologie des organisations, université de Lyon 2

Que demande-t-on à un sociologue ? Non pas qu'il apporte des réponses mais qu'il aide à cerner une question. Un sociologue n'a pas de réponse ; il est là pour poser des questions ou pour transformer une question. La question posée dans le cadre de l'Université d'été est la suivante : « Comment mobiliser les professionnels au service du changement ? ».

La façon dont le sociologue peut reformuler cette question pourrait être la suivante : « Dans un contexte de transformation de leur environnement économique, sociale, politique, culturelle technique, les organisations sont confrontées à des turbulences ; pour affronter ces turbulences la sémantique gestionnaire est-elle une solution ?

« Mobiliser les professionnels » est une terminologie managériale ou gestionnaire.

Or pour « mobiliser les professionnels » peut-être faut-il sortir de la sémantique du management.

Quatre questionnements à explorer pour cette conférence :

- ◆ Qu'est-ce qu'une institution ?
- ◆ Qu'est-ce que le changement ?
- ◆ Quels sont les inconvénients de la sémantique gestionnaire ?
- ◆ Quelles sont les pistes pour s'en libérer ?

LA PERFORMANCE PAR L'EFFICIENCE NOUS PLONGE PARFOIS DANS DES PARADOXES.



LES INSTITUTIONS

Les institutions produisent un discours qui consiste à dire ce qu'est le réel. Discours qui peut se répéter à travers des rituels, mais discours qui peut être en écart par rapport à la réalité.

Un exemple : à l'âge classique l'institution hospitalière disait qu'elle avait vocation à accueillir les indigents ; ce qu'elle ne disait pas était que la vocation était aussi de protéger le corps social en isolant les indigents.

Le discours aujourd'hui est que l'hôpital doit délivrer des soins de qualité au plus grand nombre avec le souci de l'efficacité : la certification est l'un des rituels qui porte ce discours. Ce qui n'est pas dit c'est que tous les hôpitaux ne disposent pas des mêmes moyens : le discours institutionnel écrase la complexité et l'hétérogénéité des situations.

Or une porosité à l'hétérogénéité du monde est nécessaire : il y a écart entre l'expérience vécue et le discours que l'institution tient sur ce qu'est le réel.

LA NOTION DE CHANGEMENT

Le changement est partout et il est permanent, de ce fait il est partout et nulle part. Le changement est utilisé comme un totem, une force à laquelle il faut s'adapter. Pour les sociologues, l'enjeu est de spécifier le changement dont on parle :

S'agit-il de la transformation de l'imaginaire des patients, de la transformation de la symbolique des professionnels, du rééquilibrage des dépenses publiques, du changement lié aux techniques ?

Pour chaque dimension de changement particulière une approche différente s'impose.





Tous les changements ne sont pas porteurs de progrès. Lorsque quelque chose change, on ne sait pas nécessairement ce que cela va changer. Exemple pris par Michel Serres : l'invention de l'écriture a réduit la mémoire des hommes.

Ce qui change peut être sous terrain et arriver de façon inattendue. Quand on rationalise l'hôpital peut être rééquilibré-t-on les comptes mais que provoque-t-on d'autre ?

Aujourd'hui la fluidité des prises en charge suppose des coordinations mais au détriment des coopérations entre acteurs.

LE RAISONNEMENT GESTIONNAIRE

La sémantique gestionnaire est partout : ainsi réalise-t-on aujourd'hui des projets d'équipe, des projets d'établissements, des projets individuels, etc.

La sémantique gestionnaire invite à la créativité, à la réactivité, à la transversalité, à l'inventivité, à la mutualisation, à l'interdisciplinarité...

Le vécu des acteurs est cependant différent : il est celui des procédures, des *reporting* obligatoires, etc. et *in fine* un vécu d'injonctions paradoxales : « sois inventif, applique les règles ».

MOBILISER LES PROFESSIONNELLS SUPPOSE DE S'ÉCARTER DE LA SÉMANTIQUE GESTIONNAIRE

Ce qu'il faut promouvoir ce sont des organisations dites « réflexives » c'est-à-dire mettant en question, réfléchissant leur activité ;

Les pistes :

- ◆ Réhabiliter la critique dans les organisations est vital ; nous ployons sous les effets de la conformité et risquons de tomber dans une sémantique incantatoire ;

- ◆ Comblant un déficit de collectif : aujourd'hui des individus sont mis en coordination pour gérer des flux de prise en charge des patients : mais la coordination n'est pas la coopération, il manque du « commun » or le commun pour un collectif se construit dans l'activité ;

- ◆ Il y a enfin un déficit clinique à l'hôpital aujourd'hui ; Qu'est-ce que la clinique ? le souci de l'autre, la préoccupation de l'effet du changement sur l'autre. ◆

CE QU'IL FAUT PROMOUVOIR
CE SONT LES ORGANISATIONS
DITES « RÉFLEXIVES » C'EST-
À-DIRE METTANT EN
QUESTION, RÉFLÉCHISSANT
LEUR ACTIVITÉ.



Voir la vidéo

LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

COMPRENDRE POUR AGIR...



Patrick LÉGERON, psychiatre et attaché de consultation au service hospitalo-universitaire, CH Sainte-Anne auteur du rapport sur les risques psychosociaux pour le ministre du Travail

On peut dater l'émergence de cette préoccupation aux alentours des années 70. À cette période, beaucoup pensaient que le travail allait devenir fabuleux grâce aux machines qui nous débarrasseraient des tâches ingrates et grâce aux nouvelles technologies qui faciliteraient la réalisation de tâches intellectuelles compliquées. On considérait que ces mutations allaient entraîner la disparition de la pénibilité. Mais si la pénibilité physique a effectivement reculé, la pénibilité morale lui a succédé.

LA RÉALITÉ ET LES ENJEUX DE LA PROBLÉMATIQUE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

On peut tout d'abord relever une grande variabilité de la terminologie. En France, à la différence de tous les autres pays, on parle beaucoup de souffrance au travail.

Je lui préfère le terme de stress au travail qui est d'ailleurs largement utilisé au niveau international, et en particulier par l'Organisation internationale du travail.

Mais on retrouve aussi régulièrement les vocables de « santé psychologique », « bien-être au travail » ou de « qualité de vie au travail ».

L'Agence européenne de sécurité et de santé au travail (située à Bilbao) affirme que 25 % des travailleurs en Europe sont exposés à des risques dont la plupart ont pour origine le stress au travail.

Des enquêtes à l'échelle européenne ont par ailleurs montré que les Français sont ceux qui en proportion se sentent les plus concernés par le stress au travail.



NOUS SOMMES LE PAYS CHAMPION D'EUROPE DANS LA PERCEPTION DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL.



Alors que les liens entre stress au travail et développement de maladies cardio-vasculaires sont aujourd'hui scientifiquement démontrés (étude parue en 2013 dans la revue *The Lancet*), l'enjeu de santé publique est donc considérable.

Par ailleurs, même si la France se distingue par l'absence de production d'étude économique, il est évident que le stress au travail fait, non seulement mal aux individus, mais aussi aux entreprises.

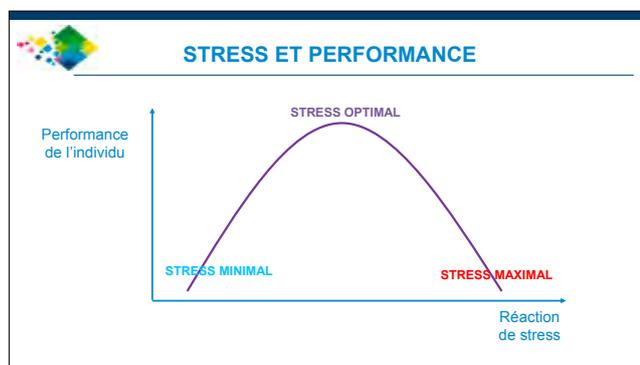
L'Agence européenne de sécurité et santé au travail considère que les répercussions économiques négatives des Risques psychosociaux (RPS) sont équivalentes à 3% du produit national brut des pays industrialisés. Aux États-Unis, le *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) estime l'impact à plus de 200 milliards de dollars.

À titre d'exemple, la société Nokia a accompli une large étude qui a permis de démontrer que la mobilisation pour la prévention des risques psychosociaux pouvait s'accompagner d'un retour sur investissement de 3 à 5. En d'autres termes, 1 euro investi en prévention des RPS permettrait d'en économiser 3 à 5 sur les conséquences économiques de ces RPS.

LES MODÈLES THÉORIQUES

Depuis les années 70, le contexte a changé. Le travail mobilise moins souvent les muscles mais beaucoup plus notre fonctionnement cognitif. Les citoyens ont par ailleurs une exigence de bien-être et une faible tolérance à la souffrance. En médecine, on n'accepte de moins en moins la douleur quand elle est évitable (plan de lutte contre la douleur).

Dans cette période, les phénomènes de stress au travail ont été bien étudiés. C'est pourquoi, il faut autant que possible s'appuyer sur la connaissance scientifique plutôt que sur l'émotion. Il s'agit d'un domaine dans lequel l'idéologie a prospéré pendant des années autant du côté du patronat que du côté des syndicats. Il faut donc impérativement réhabiliter l'approche scientifique. Tout d'abord, il faut noter que le stress n'est pas une maladie mais une fonction d'adaptation.



D'après Hans Selye, « le stress est la réaction de l'organisme face aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de son environnement, en vue de s'y adapter ».

À cette actrice qui lui affirmait ne pas connaître le stress, Sarah Bernard répondit : « rassurez-vous, ça viendra avec le talent ! ».

Le sentiment de reconnaissance au travail (récompense sociale) est un des facteurs les plus puissants pour combattre les RPS. En France, nous sommes ceux dont la perception de reconnaissance au travail est la plus faible, ce qui doit nécessairement interpeller le management.

DIAGNOSTIC ET PRÉVENTION DES RPS

Le diagnostic approfondi est indispensable et pour cela il faut des instruments de mesure. On peut classer les indicateurs en 3 catégories :

- ◆ Les indicateurs RH classiques (type absentéisme) qui donnent une vision indirecte des RPS,
- ◆ les indicateurs connexes (type climat social) qui permettent là encore d'approcher les RPS,
- ◆ les indicateurs spécifiques des facteurs de risques comme l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeur, l'insécurité de la situation de travail (collège de l'LNSEE, 2011).

Ces derniers sont bien plus adaptés à la caractérisation de l'exposition d'une personne aux RPS.

Un risque se réalise quand il y a des facteurs de risques présents et peu de facteurs de protection. On peut donc agir en prévention des RPS sur 2 axes : la diminution des facteurs de risques ou l'augmentation des facteurs de protection.



En matière de prévention, tout le monde est concerné mais il faut une clarification des rôles de chacun (syndicats, médecine du travail, ressources humaines et management).

En ce qui concerne la prévention des RPS, on constate que la France se focalise sur la prévention primaire (la prévention des risques) au détriment de la prévention secondaire (prévenir le dommage) et de la prévention tertiaire (limiter le dommage).

À titre d'exemple, un travail d'accompagnement sur la prévention des RPS, auprès de la société Michelin, a permis de montrer qu'en modifiant de 10 % l'organisation, on pouvait faire baisser de 60 % l'exposition aux RPS.

En conclusion, le rapport sur le bien-être au travail remis au Premier ministre en 2010 : les managers sont les premiers acteurs de la santé au travail, ce ne sont pas les médecins. En effet, par la quotidienneté de sa présence, le manager est à la fois le principal facteur de risque et de protection de salariés face aux RPS. Il faut donc faire du bien-être au travail un axe stratégique du management et ainsi tenter de passer d'une gestion des ressources humaines à une gestion humaine des ressources. ◆

AUJOURD'HUI, LE TRAVAIL
N'APPUIE PLUS TANT SUR
NOS MUSCLES QUE SUR
NOS CAPACITÉS COGNITIVES
ET NOS ÉMOTIONS.



Télécharger
la présentation



Voir la vidéo

LE DIALOGUE SOCIAL EST-IL MORIBOND ?



Jacky BONTEMS, président, Réseau 812

Frédéric BOIRON, président, ADH - directeur général, CHU Saint-Étienne

Les jeux de rôle et les postures dans la pratique du dialogue social dans les hôpitaux sont un des éléments de son blocage, a regretté le président de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH), par ailleurs directeur général du CHU de Saint-Étienne, Frédéric Boiron. Le président de l'ADH est intervenu dans le cadre d'un débat avec Jacky Bontems, ancien numéro deux de la CFTD et président de Réseau 812.

En préambule, Frédéric Boiron a tenu à dessiner un « tableau pas si noir ». « On parle beaucoup d'incidents ou de situations de crise réelles, de dialogue social bloqué dans certains établissements. Mais en réalité, quand on voit le nombre d'établissements, le nombre de situations de dialogue social, voire de désaccords pouvant exister au quotidien tout au long de l'année dans les structures dans lesquelles nous travaillons, on peut dire que l'essentiel n'est pas le conflit ».

Interrogé sur les facteurs de blocage du dialogue social dans les hôpitaux, le président de l'ADH a d'abord cité « la réorganisation permanente, on peut même dire qu'on fait de la 'réorganisationnite'. Le secteur de la santé n'est pas exempt des modes organisationnelles, des modes managériales ou des modes politiques ».

Il a ensuite affirmé qu'une des choses qui pèse sur le dialogue [social] dans nos structures, ce sont les jeux de rôle, les postures. « Nous faisons tous un peu de théâtre, les managers mais aussi les représentants des médecins, des infirmiers, des soignants et des personnels [...]. Dans les instances du dialogue social, parfois on arrive à des confrontations de posture qui sont à mon avis un peu stériles. J'ai dû gérer des instances où il fallait discerner le degré de 'non' d'un vote. Est-ce que c'est 'non, non', 'non, non non' ou 'non puissance cinq' ? ».

Frédéric Boiron a également relevé « des attitudes [...] critiques, à la fois du côté des employeurs et des employés, des positions de refus systématiques du compromis, parce que 'le compromis c'est se compromettre' ». Il a également évoqué la « lourdeur » du système et de la réglementation, qui fait que « les lieux du dialogue social de nos institutions sont extrêmement réglementés ».



LIEUX D'ÉCHANGES LOCAUX

Le président de l'ADH a aussi estimé qu'en plus du « dialogue réglementé », il devait « y avoir d'autres formes de dialogue dans les établissements. Il me semble qu'on doit pouvoir trouver des lieux, localement, d'échanges sur la recherche d'un accord, dans lequel chacun se sente gagnant. Il faut trouver des lieux de discussion un peu débarrassés de formalisme, quand ce formalisme prend le dessus dans certaines instances ».

« Il ne s'agit pas de contourner les instances, dont le rôle doit être respecté », a souhaité rassurer le directeur de l'ADH.

Frédéric Boiron a rappelé l'importance de laisser aux directeurs d'hôpitaux des marges de manœuvre dans les négociations sociales. « Quand on a le sentiment de ne pas pouvoir utiliser correctement une marge de manœuvre, on n'est pas un bon dialogueur localement. Si l'essentiel de la crainte, c'est d'être déjugé ensuite, on mène mal ou difficilement un dialogue local ».

GESTION RÉGIONALE DU DIALOGUE SOCIAL

Frédéric Boiron a ajouté « qu'une fois qu'on a trouvé un accord localement, ou un compromis, pas forcément tout à fait conforme à la règle ou à la réglementation, quelques fois un peu en débord de cette réglementation, il faut être à peu près sûr, ensuite, qu'on ne sera pas déjugé dans cette démarche ».

Il a ensuite commenté : « Actuellement, on parle d'une gestion du dialogue social au niveau régional. Je vais forcer le trait et faire une caricature : si le dialogue social se tient au niveau régional, la discussion locale n'aura plus d'intérêt et vraisemblablement ne se tiendra plus ».

Concernant les relations contractuelles avec les Agences régionales de santé (ARS), il a estimé que « le Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) est un bon outil », mais « ce qui peut être problématique, c'est si le contrat – et c'est souvent comme ça dans la tradition française – va trop loin dans la définition des détails, dans la description extrêmement précise [des actions] ».

« On pense tous qu'on peut tout prévoir, mais je pense que dans ces contrats, comme dans les contrats internes, entre les directions et les pôles, entre les directions et les syndicats, il faut laisser du mou, des zones d'adaptation en cours de route », a-t-il suggéré. ♦



Voir la vidéo

L'AVENIR DE LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

EST-IL INDIVIDUEL OU COLLECTIF ?



Pierre DE HAAS, président, Fédération des pôles et maisons de santé
Bernard HUYNH, vice-président, URPS Île-de-France (CSMF)

Pour le Dr Pierre de Haas, président de la Fédération des pôles et maisons de santé, l'avenir des soins de premier recours se situe du côté de l'exercice collectif. Il identifie trois avantages majeurs à son développement : une amélioration de l'accessibilité aux soins, une amélioration de la qualité des soins grâce au dialogue entre professionnels, et enfin une économie pour le système de santé.

Pour le président de la fédération, il faut aider les professionnels libéraux face à cette nouvelle donne pour les soins primaires. « Les soins de premier recours font face à un bouleversement. Il faut mettre en place un accompagnement au changement. Il faut faire progresser les professionnels dans cette évolution sans les brusquer ou les obliger et sans laisser personne au bord de la route », estime Pierre de Haas.

« L'exercice isolé n'a pas d'avenir en médecine », lance le Dr Bernard Huynh, vice-président CSMF de l'Union régionale des professions de santé (URPS) Île-de-France. Si l'exercice groupé se développe fortement, le praticien tient à rappeler que les véritables Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ne représentent que 5 % de ces nouvelles formes d'organisation – un chiffre estimé à 10 % par Pierre de Haas.

« Il s'agit d'une sorte d'avant-garde avec des moyens différents des autres », affirme Bernard Huynh. Les moyens alloués aux seules MSP sont essentiellement les Nouveaux modes de rémunération (NMR), ajoute le praticien, qui regrette que les pouvoirs publics « n'aient pas pris la mesure de ce nouveau modèle qui doit être diffusé ». « La résistance au changement est aussi due à une absence de moyen », souligne-t-il.

« L'expérimentation des NMR n'est pas une manne céleste, rétorque Pierre de Haas. Cela permet de financer environ 5 % du chiffre d'affaires d'une MSP moyenne. » Et de préciser que « l'argent mis sur la table bénéficie à la maison de santé » et non aux professionnels qui la composent. « On peut imaginer demain des MSP qui répondent à un cahier des charges et qui pourraient bénéficier d'une dotation supplémentaire. Il n'est pas question de retourner à un système de dotation à l'aveugle. » ♦



Voir la vidéo



PEUT-ON RÉUSSIR LA RÉVOLUTION DES PARCOURS ?



Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général, CNAMTS
Jean-Yves GRALL, directeur général, ARS Nord-Pas-de-Calais

LA LOGIQUE DU FINANCEUR NATIONAL

Frédéric Van Roekeghem insiste d'abord sur l'importance qu'il y aurait, à sortir l'espace d'un instant, du monde des offreurs de services sanitaires et médico-sociaux pour s'interroger sur l'état de santé de notre pays. En effet dans un contexte de forte pression économique et financière, tout l'enjeu est la mise en œuvre collective de gains de productivité qui permettront de financer les innovations nécessaires à la modernisation de notre système de santé. Frédéric Van Roekeghem poursuit en insistant également sur le fait que tout processus d'innovation suppose une phase d'investissement, ce n'est qu'ensuite que se pose la question de la mobilisation des acteurs pour consolider la démarche entreprise.

Thierry Guerrier poursuit : « *l'enjeu est donc financier, il faut faire des économies et générer des gains de productivité ? Si on suit un raisonnement purement comptable, il est possible de résumer ainsi « Chirurgie ambulatoire, d'où moins de lits à l'hôpital, d'où moins de professionnels à rémunérer, d'où économie ». Qu'en pensez-vous ?* »

Frédéric Van Roekeghem : « *Du côté de l'assurance maladie, notre position est claire, il s'agit de faire des économies. Mais il ne faut pas occulter une partie importante de la réalité, un levier majeur dans la transformation de notre système de santé, le patient. Aujourd'hui 70 % des usagers se disent favorable à une prise en charge en ambulatoire. Ce qui compte pour le patient n'est pas tant la technique médicale utilisée mais plutôt la qualité du service rendu, le résultat.* »

« *Ce qu'il est aussi important de comprendre, ajoute Frédéric Van Roekeghem, c'est que l'une des priorités des professionnels de santé est la qualité de la prise en charge aval des patients, et plus généralement des usagers de notre système de santé. Car dans le cas concret d'une complication, chirurgiens et médecins libéraux engagent leur responsabilité médicale.* »

Ce qui est en jeu d'une manière plus globale, c'est d'accompagner les professionnels dans les nouveaux modes d'organisation de notre système de santé, tout en veillant à ce que les changements induits soient supportables par les professionnels concernés, que si possible ils puissent au-delà de les subir, les accompagner voire les considérer comme un levier de développement de leur propre pratique professionnelle. « *Nous essayons d'utiliser les accords conventionnels pour pouvoir favoriser de façon non pas masquée mais objective l'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale.* »

LA LOGIQUE DU COORDINATEUR RÉGIONAL

Jean-Yves Grall prend à son tour la parole et met en avant la nécessité de prendre en compte le parcours de soins, mais aussi, et plus généralement, le parcours de vie.

S'appuyant sur le dispositif PAERPA, à savoir le parcours des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Jean-Yves Grall

IL FAUT S'INTERROGER SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE NOTRE PAYS ET SUR LES MANIÈRES DE L'AMÉLIORER.



insiste sur les bénéfices qu'il y a à réduire la dépendance des personnes âgées sur un territoire, et par voie de conséquence les dépenses qu'elle engendre.

Sur un plan plus humain Jean-Yves Grall rappelle que selon lui le médecin de famille doit rester l'acteur majeur autour duquel doivent s'organiser les parcours de vie des patients. Sans occulter bien évidemment les changements sociaux et économiques que nous connaissons aujourd'hui, s'empresse-t-il d'ajouter.

Tout l'enjeu pour Jean-Yves Grall, qui conclut, est de développer l'intérêt à agir des professionnels de santé, et de mettre à leur disposition des outils opérationnels pour les accompagner concrètement dans une dynamique de coopération territoriale, pour que chaque patient, puisse se voir dispenser le bon soin au moment où il en a le réel besoin.

L'ARBITRAGE ENTRE L'ÉCHELON RÉGIONAL ET L'ÉCHELON NATIONAL

Frédéric Van Roekeghem et Jean-Yves Grall s'accordent à penser que la question de l'arbitrage de la transformation de notre système de santé, ne peut se résumer à : Qui décide ?

Pour Frédéric Van Roekeghem il n'est pas possible d'imaginer qu'une structure, à elle seule, fut-ce-t-elle l'État central, puisse arbitrer les parcours de toute la population française.

La transformation de notre système de santé passe donc certes par une répartition traditionnelle des rôles, l'État central définit la stratégie nationale de santé, ses principes directeurs, qui sont ensuite mis en œuvre de manière plus opérationnelle à l'échelon régional.

Néanmoins Frédéric Van Roekeghem insiste : « *la seule planification ne peut suffire, et l'évolution de notre système de santé est la résultante d'un ensemble de facteurs qui touchent à la fois à l'offre, à l'évolution des techniques, mais surtout et également à l'évolution des attentes des patients.* » ◆



Voir la vidéo

CAFÉ POSTERS :

UN RETOUR D'EXPÉRIENCE CONVIVIAL

Autour d'une pause conviviale, des retours d'expériences ont été présentés sous forme de posters. Les auteurs étaient disponibles pour répondre aux questions des participants.



Retour d'expérience sur l'intégration d'agents dans un GCS de stérilisation - **Stéphanie DEMAILLY, Marie-Odile COUSIN** (GCS Sterhospic, Saint Quentin)

Équipe mobile de dialyse péritonéale ou comment intégrer le soin intégré dans le parcours de vie
Agnès CAILLETTE BEAUDOIN (Calydial)

Amélioration de la communication de proximité
Agnès CAILLETTE BEAUDOIN (Calydial)

Coopération médecins - pharmaciens dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse : Analyse et réévaluation des prescriptions médicamenteuses des résidents d'EHPAD
Véronique BERTRAM (Expertise soins EHPAD - Domus Vi)

Mise en place de la prescription connectée des examens de laboratoires : mobilisation des IDE et des médecins
Dominique ANDRÉ (Centre chirurgical Marie Lannelongue)

La mobilisation pour innover en santé publique : la construction d'un espace favorable à l'innovation intersectorielle - la gouvernance stratégique et méthodologique de l'EPSP (Nice)
Corinne GRENIER (KEDGE Business School CHU de Nice)
Christian PRADIER (EPSP - Nice)

Le management de la prise en charge médicamenteuse en établissements de santé selon l'arrêté du 6 avril 2011 patine. Quelles sont les pistes ?
Isabelle CARPENTIER (OMÉDIT NPDC)



Télécharger
les posters

Organisation novatrice du décloisonnement ville-hôpital : un dispositif précurseur mobilisant les professionnels autour d'un objectif commun de prise en charge transversale, complémentaire et réactive des patients
Lydie PACHTCHENKO (Hôpitaux privés de Metz)

Innovation dans la mise en place d'une fonction « cadre référent pour le développement professionnel continu » au sein d'un pôle
Isabelle BRANCHU, Catherine JOUNEAU (CHU d'Anger)

Réorganisation du service de Gynécologie obstétrique du centre hospitalier de la Basse-Terre
Pierre LANCELOT (CH de la Basse-Terre PH)

Impact des opérations militaires extérieures sur l'organisation de l'activité chirurgicale
Éric WABLE, Yves AUROY (Service de santé des armées),
Jane DESPATIN, Michel NAKHLA (Centre de gestion scientifique - Mines ParisTech)

Logiciel pour la gestion de la prise en charge
Patrick ECHÉ (SAMSAH Route Nouvelle),
Christophe NAVARRO (Krinasoft)

Thématique benchmark, contributeurs de changement, en accompagnement des interventions
Agnès FERRET (CHRU de Lille)

TELEHPAD : une structure pivot de télémedecine en zone rurale pour la coordination et l'accès aux soins spécialisés pilotée par la MFCA
Pierre ESPINOZA, Alan ENTEM (Mutualité française des Côtes d'Armor)

CAFÉ DÉBAT : L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL PERSONNALISÉ DU CNG

Florence GUIRAUD, adjointe du chef du département Concours, autorisations d'exercice, mobilité-développement professionnel, CNG
Philippe TOUZY, chef du département Concours, autorisations d'exercice, mobilité-développement professionnel, CNG

Le CNG a mis en place un dispositif d'accompagnement professionnel personnalisé des praticiens hospitaliers et des directeurs de la FPH. Conçus comme un levier de modernisation de la gestion des ressources humaines des secteurs sanitaire, social et médico-social publics, ces

dispositifs se développent dans une démarche d'adaptation permanente pour répondre aux besoins des institutions et des professionnels accompagnés. Leur déploiement exige une meilleure visibilité auprès de l'ensemble des acteurs impliqués. ◆

JEAN-PAUL DELEVOYE

PRÉSIDENT, CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL



QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Nous ne sommes pas en crise, nous sommes en métamorphose... ceux qui vont survivre ne sont pas les plus anciens, ni les plus puissants mais ceux qui vont anticiper et savoir s'adapter.

La destruction va précéder la construction et tant que l'espérance du changement ne sera pas supérieure à la douleur de ce que l'on va perdre, il y aura de formidables résistances et des inquiétudes qui neutraliseront l'action.

Notre pays doit changer alors qu'il est fragilisé par le fait que le principe de précaution l'emporte sur le principe d'innovation et par le fait que le progrès apparaît plus comme un facteur de risque que comme un facteur d'opportunité.

Comme il n'y a plus d'espérance collective et que la politique apparaît plus comme une stratégie de conquête de pouvoir que porteuse d'un projet, les acteurs qui subissent le quotidien ont tendance à vouloir privilégier la survie du quotidien plutôt que de se remettre en cause pour pouvoir espérer mieux demain.

Ma conviction sur le secteur de la santé, c'est que nous avons quitté le champ de croissance à 3 ou 4% pour entrer durablement dans un champ de croissance à 0,5 ou 1%.

À ce niveau de croissance, on ne peut plus financer sur le travail, la santé et la retraite, il faut donc revisiter les principes de notre contrat de protection sociale (dépenses et recettes).

COMMENT MOBILISER LES PROFESSIONNELS DANS LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL ?

Nous avons bâti un système de santé extrêmement intéressant qui fait que vous serez soigné que vous soyez milliardaire ou sans ressources. Nous sommes devant un choix de société pour préserver ce modèle social.

L'Europe c'est 7% de la population mondiale, c'est 20% de la production mondiale, c'est 50% des transferts sociaux!

Sur le sujet de la mobilisation, la conduite du changement est aussi importante que le cap du changement. Vous ne pouvez pas mobiliser les acteurs, si vous n'avez pas une vision précise. Sans vision, pas de projet, sans projet, pas de mobilisation!

Or il faut avoir une vision globale, plutôt qu'une vision sectorielle, sinon le débat porte sur les conséquences individuelles ou catégorielles du changement. Et les corporatismes se mettent en œuvre, y

compris les élus locaux qui ont tendance à négliger l'offre qualitative de santé pour privilégier l'impact électoral territorial.

Mais on ne peut plus se permettre ce luxe! On n'est pas là pour gagner un électeur, on est là pour faire gagner la France dans son principe d'un égal accès à une santé de qualité pour tous.

QUELS LEVIERS LES DIRIGEANTS PEUVENT-ILS UTILISER POUR NOURRIR LE DIALOGUE SOCIAL AU-DELÀ DES JEUX DE RÔLE DE CHACUN DES ACTEURS ?

La cause doit dépasser les intérêts! En France, on est souvent dans la défense des intérêts plutôt que dans l'adhésion à une cause. La cause c'est l'égal accès à un diagnostic de qualité, égal accès à un parcours de qualité, or aujourd'hui notre offre est très inégale selon les territoires géographiques.

Nous étions dans un système dominant/dominé avec quelqu'un qui fixe un cap et qui demande aux autres d'y adhérer. Aujourd'hui, il faut avoir une approche différente: il faut analyser les espérances et les peurs de chacun.

À partir du périmètre des conflits et du périmètre des angoisses, vous pouvez créer une dynamique positive en recherchant les conditions pour dépasser les peurs et nourrir les espérances.

Il faut aussi que nous nous améliorions sur le sujet de la transparence. Chacun veut bien faire un effort à condition qu'il y ait un retour, il faut donc une transparence sur l'amélioration de la qualité des prises en charge, sur le bien-être au travail et sur les économies dégagées.

Chaque changement crée une résistance légitime. Or le monde de la santé va évoluer de façon considérable. Il faut donc réussir à faire partager cet enthousiasme du changement.

QUEL EST VOTRE MESSAGE DE CONCLUSION À L'ATTENTION DES PARTICIPANTS DE L'UNIVERSITÉ D'ÉTÉ ?

Quelle est leur vision d'un système de santé idéal? N'y a-t-il pas une formidable occasion de mettre en place une économie de santé qui soit un modèle exportable? La France peut être une vitrine mondiale de la recherche médicale et de l'organisation des parcours de santé.

Chacun doit tenter d'apporter au débat politique, chacun doit avoir la sensation d'être entendu et respecté.

Face aux risques qui pèsent sur notre pacte social, la cause – l'objectif d'un égal accès à des soins de qualité – doit dépasser les intérêts individuels. ♦

**NOUS NE SOMMES PAS
EN CRISE, NOUS SOMMES
EN MÉTAMORPHOSE...**



Voir la vidéo



Régalez en direct
sur Twitter
#Sulivanap



02

|

LES ATELIERS DE PROSPECTIVE

Les ateliers de prospective ont pour objectif
d'exposer les solutions ou les évolutions envisagées
à 5 ou 10 ans sur un aspect du fonctionnement
de notre système de santé.

|



LE LEADERSHIP MÉDICAL, MOTEUR DU CHANGEMENT



Thierry NOBRE, EM Strasbourg, EHESP

Éric KARIGER, chef du pôle « Autonomie et santé » - responsable de service Soins palliatifs, CHU de Reims
En poste depuis le 1^{er} octobre 2014, en tant que directeur médical et éthique au sein du groupe Maisons de famille

Autour de Jean-Guilhem Xerri, de l'ANAP, Thierry Nobre et Éric Kariger ont interagi sur le thème du leadership médical, en tant que levier majeur de mobilisation pour accompagner les changements organisationnels à l'hôpital, plus que jamais nécessaires dans un contexte de raréfaction des ressources, et de souci permanent d'amélioration de la qualité des soins auprès des patients.

QU'EST-CE QUE LE LEADERSHIP ?

C'est avec cette question que Thierry Nobre a ouvert les échanges. Sa réponse : « le leadership, c'est comme la beauté, on le reconnaît instantanément, sans pour autant être capable de le définir ». Il poursuit, « le leadership c'est la capacité d'un homme à créer un monde auquel les autres ont envie d'appartenir, c'est donner du sens, communiquer, susciter la confiance, mais surtout aussi montrer l'exemple ». Pour conclure, le leadership peut se définir comme la capacité à emmener une équipe vers un objectif commun.

Thierry Nobre s'interroge ensuite sur le point de savoir si cette capacité est innée ou si elle peut au contraire s'acquérir grâce à des formations dispensées auprès des professionnels de santé. Son point de vue est que comme pour bon nombre de métiers, la compétence technique ne présume en rien de l'aptitude à faire travailler ensemble, à mobiliser la dynamique collective. La plupart des individus ont des aptitudes naturelles plus ou moins marquées, que des formations devront compléter. Il est donc nécessaire d'injecter une dose de management à l'hôpital, pour accompagner le personnel hospitalier dans le développement de ces compétences et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des soins auprès des patients.

LE LEADERSHIP À L'HÔPITAL ?

Par cette prise de position, Thierry Nobre, répond clairement aux propos de Gilles Herreros, sociologue des organisations, qui ouvrait les journées de l'Université d'été de la performance en santé, et qui mettait en garde contre les dérives d'une pensée trop gestionnaire, qui transformerait progressivement l'hôpital en dispositif de type aéroport, où le souci n'est pas tant le confort et l'hospitalité vis-à-vis des patients, mais l'accélération des flux et des mouvements pour une gestion optimisée des ressources.

Thierry Nobre s'inscrit en faux contre cette vision, l'hôpital ne souffre pas d'un excès de gestion, mais d'un déficit de management. Plus que jamais les formations sont nécessaires pour aider les professionnels à développer leurs compétences en cette matière.

LE LEADERSHIP À L'HÔPITAL, PAR LES MÉDECINS ?

Le Dr Éric Kariger, prend à son tour la parole. Il introduit en faisant un état des lieux des différentes cultures, médicales, paramédicales, et administratives, à l'hôpital. Pour lui, même si le cloisonnement est derrière nous, il faut développer davantage de synergies et de

**LE LEADERSHIP C'EST
COMME LA BEAUTÉ,
ON LE RECONNAÎT
IMMÉDIATEMENT SANS
PARVENIR POUR AUTANT
À VÉRITABLEMENT
LE DÉFINIR.**



ponts entre les professionnels hospitaliers. Le trio « directeur - médecin - cadre de santé » est à cet égard déterminant pour un management efficace.

Il poursuit, et insiste sur un point fondamental, que la vocation première de l'hôpital c'est de dispenser des soins. Il s'adresse à la salle « *Traitez bien vos médecins parce qu'ils sont le cœur de votre organisation* ».

Selon Éric Kariger, « *on ne peut pas être tout simultanément* », universitaire, chercheur, clinicien, chef de pôle... Le médecin-manager doit accepter d'occuper différentes fonctions successivement et pas toujours simultanément

Jean-Guilhem Xerri rebondit : « *Savez-vous quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? C'est que Dieu ne se prend pas pour un chirurgien.* » La salle sourit.

Éric Kariger reprend : Sur les pistes à envisager pour faire accepter le leadership à l'hôpital, il est important de noter que le médecin est culturellement individualiste, du fait même de sa formation, et du caractère très sélectif de son admissibilité en deuxième année de faculté de médecine. Dès lors le médecin individualiste est-il à même de générer des dynamiques collectives ? Éric Kariger répond que difficilement et conclut lui aussi sur l'importance de dispenser des formations aux médecins pour les accompagner dans le développement de leurs capacités managériales. ♦

MOBILISER LES ACTEURS, DÉVELOPPER LES USAGES :

UNE STRATÉGIE GAGNANTE POUR LA MODERNISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION



Hervé BARGE, directeur général, Agence e-santé Luxembourg
Michel GAGNEUX, président, ASIP Santé

« On ne peut pas 'vendre' un produit à un professionnel qui n'en veut pas car il n'en comprend pas l'usage pour lui ! » L'approche par les usages est un des facteurs clés de succès de l'appropriation de toutes les innovations qui s'applique particulièrement dans les systèmes d'information de l'e-santé.

C'est une cible préalable, souvent « oubliée » dans une approche globale lors de la conception d'un projet. L'usage pour le professionnel est pourtant le principal levier du développement et de la modernisation des SI de santé. Comment minimiser les risques d'échec des projets SI ? Comment au contraire bâtir des stratégies gagnantes mobilisant l'ensemble des parties prenantes ?

SE PARLER, SE CONNAÎTRE, S'APPRIVOISER

Pour Hervé Barge, directeur général de l'Agence e-santé, lorsque le professionnel de santé se rebiffe face à l'innovation c'est qu'il a peur car il ne comprend pas l'usage. Il faut donc avant tout combattre cette peur. Et là, il n'y a qu'un moyen : se parler, se connaître, s'approprier. Pour cela, il y a plusieurs techniques. La première est de mettre en avant le respect de la règle : un début, une fin, des engagements. Presque un contrat. La deuxième est de faire de la pédagogie : réunions « café », réunions « Tupperware » (démultipliation), création d'envie par un investissement initial destiné à montrer qu'on peut, etc. La troisième est d'être rigoureux sur la sécurité et sur les procédures de contrôle et d'évaluation avec l'ensemble des acteurs afin d'obtenir une « garantie de démonstration ». L'objectif est de briser peu à peu la méfiance vis-à-vis d'une approche technique pour passer à l'échange puis au partage dans une approche par les usages. À partir de deux expériences (parcours de chimiothérapie en Franche-Comté et plateforme e-santé au Luxembourg), Hervé Barge a évalué l'efficacité de l'approche par les usages de plateformes techniques e-santé dans des environnements complexes faits de multi-intervenants. Dans les deux cas, il a observé que non seulement le produit a été amélioré

à l'usage par les professionnels mais qu'il a développé, parmi ces derniers, une culture de partage des pratiques et d'évaluation.

EFFICIENCE, PERFORMANCE, QUALITÉ : DES LOGIQUES PRIORITAIRES QU'IL FAUT FAIRE CONVERGER

Pour Michel Gagneux, les enjeux ne sont pas technologiques mais culturels et organisationnels. Il estime qu'il faut partir d'une finalité fédératrice qui est la qualité et la performance de notre système de santé. Nous sommes confrontés à des logiques prioritaires qu'il faut faire converger : efficacité, performance, qualité. Il y a donc à la fois une nécessité, pour les pouvoirs publics, d'imposer mais aussi de valoriser et d'accompagner les initiatives locales et les projets novateurs. Enfin le patient n'est plus un « objet silencieux » mais plutôt, de plus en plus un véritable acteur. Le système d'information doit rendre cohérentes ces différentes logiques à l'œuvre.

Il faut raisonner sur la valeur d'usage des outils numériques : « Plus on s'éloigne de la cible d'une finalité connue [...] moins l'outil sera diffusable. Mais convaincre ne va pas de soi et ne se décrète pas. Cela nécessite beaucoup de temps et d'accompagnement. »

Pour les pouvoirs publics, le levier essentiel est d'avoir une action systémique avec un accord sur les objectifs à atteindre, des incitations mais aussi du contrôle et des actions concertées avec les industriels. Enfin il est indispensable que la puissance publique ait une politique lisible et surtout constante !

« Le rôle du patient va devenir central dans la compréhension de la nécessité de bien gérer les données de santé ». ♦

NOUS AVONS CAPITALISÉ
SUR LES OUTILS DE PRODUCTION
POUR FAIRE DE LA RECHERCHE.



Télécharger
la présentation

QUELLE GOUVERNANCE PARTAGÉE

POUR PÉRENNISER ET OPTIMISER LES COOPÉRATIONS EN SANTÉ ?



Bernadette DEVICTOR, présidente, CNS - vice-présidente, CISS Rhône-Alpes
Gérard MICK, président, UNRSanté

Le projet de loi de santé prévoit la création d'un Service territorial de santé (STS) au public qui vise à réaliser au moyen de contrats territoriaux les objectifs du projet régional de santé. Cette notion est au centre d'une dynamique de coopération qui se veut pérenne et dans le cadre d'une gouvernance renouvelée.

Bernadette Devictor explique en introduction que le Service territorial de santé a pour objectif de développer un service continu de qualité accessible à tous sans discrimination et qui résulte d'une organisation et d'un engagement collectifs des acteurs au niveau d'un territoire en vue de répondre aux priorités de santé.

POURQUOI EST-ON ARRIVÉ À CETTE NOTION DE STS ?

La loi HPST visait le rapprochement sanitaire et médico-social qui reste complexe à mettre en œuvre. Les moyennes statistiques ne mettent pas en exergue les difficultés d'accès à la santé pour de nombreuses personnes.

D'où l'idée de construire une approche intersectorielle et pragmatique à partir des acquis pour favoriser l'émergence des réponses les plus adaptées pour tous. Cela renvoie à la notion de parcours de santé portée par le HCAAM mais aussi la notion d'accès aux soins, d'accompagnement médico-social... Il s'agit donc d'avoir une vision globale pour faire émerger les coopérations au niveau des territoires. Mais comment susciter une démarche de coopération dans un environnement concurrentiel ? Il faut une forme de reconnaissance des comportements vertueux pour ceux qui s'engagent dans des coopérations.

DIAGNOSTIC RÉELLEMENT PARTAGÉ ET GOUVERNANCE RENOUVELÉE

Le STS renvoie à la notion de territoire de proximité en santé et à celle de « responsabilité populationnelle » des professionnels de santé.

Quel que soit l'échelon territorial retenu, il s'agit de savoir quels sont les besoins prioritaires des personnes. Les diagnostics sont faits plus souvent au regard de l'offre existante que des besoins d'où une idée floue de l'adéquation réelle nécessaire entre offre et besoin.

Quand le diagnostic est bien réalisé avec les acteurs, il faut ensuite partager une vision stratégique au niveau de l'offre. Sur le terrain, cela conduit à s'interroger sur le rôle de certains acteurs pour optimiser les ressources existantes. Ce projet territorial est décliné en contrat territorial de santé. Il définit les modalités de gouvernance et de pilotage, les objectifs et engagements. Les acteurs sont porteurs des projets et les financeurs soutiennent les projets.

LE TRAVAIL DE FOND EST D'AVOIR DES OBJECTIFS COMMUNS QUI NE PEUVENT ÊTRE DÉCLINÉS OPÉRATIONNELLEMENT QUE SI LES ACTEURS LES ONT PARTAGÉS.



Gérard Mick précise que l'on est avec le STS sur des processus ascendants. Le financeur va réfléchir sur ce qu'il peut soutenir en matière d'innovation, d'action participative à une échelle populationnelle. Pour coopérer les acteurs doivent se connaître mais aussi se comprendre, savoir qui gouverne, qui décide. Il faut aussi connaître son « armement » : Comment se mobiliser ? Avec quels moyens ? Quelles sont les contraintes des uns et des autres, les critères d'inclusion dans un dispositif, etc. L'idée n'est pas non plus de rajouter des comités stratégiques. Les conférences de territoire vont disparaître au profit de conseils territoriaux de santé qui participeront aux projets territoriaux de santé au niveau opérationnel. Le niveau stratégique validera la dynamique qualité, la régulation de l'offre, le projet territorial de santé, son suivi. Autre question : s'interroger sur l'aspect humain, les compétences nécessaires. Les ARS ont réalisé un travail avec les plateformes d'appui aux professionnels qui devront associer salariés et professionnels de santé libéraux (ordres, URPS). Il faut aussi développer l'ingénierie de projet et l'animation territoriale. Les projets mettent entre 5 à 7 ans à émerger, et leurs financements posent de nombreuses difficultés. Le secteur privé est invité à y participer. Bernadette Devictor conclue sur l'importance de créer une dynamique collective et de lui donner de l'ampleur. D'où l'intérêt d'avoir une stratégie nationale de santé qui donne une perspective à long terme afin de permettre de laisser le temps aux projets territoriaux de s'installer. ◆



Télécharger
la présentation

LE CONCEPT DE MANAGEMENT INTÉGRATIF

LES NOUVELLES FORMES DE MANAGEMENT SONT-ELLES LA CLÉ DE LA MOBILISATION ?



Sébastien DAMART, docteur en sciences de gestion - professeur de management, CNAM
Rachel BOCHER, psychiatre, présidente de l'INPH

Le management hospitalier s'appuie sur une vision descendante du management dont les bienfaits en termes de rationalisation de l'organisation sont reconnus. S'il est une autre façon de faire du management à l'hôpital, au sens de responsabilité d'un collectif, le management intégratif relève-t-il pour autant de l'innovation managériale ?

UN MANAGEMENT FIGÉ DANS UN ENVIRONNEMENT CHANGEANT

Les établissements de santé font face à un environnement très mouvant : les réformes s'enchaînent à un rythme soutenu et elles ont des implications très larges. Par ailleurs, ils connaissent des difficultés non seulement financières mais aussi d'engagement et d'implication des professionnels.

Or, les modes de management n'ont pas toujours évolué au même rythme. Très souvent basés sur la recherche de compromis, ils semblent aujourd'hui inadaptes.

En particulier, on y observe souvent une disjonction entre les acteurs impliqués dans la phase d'analyse d'un dysfonctionnement et ceux engagés dans la mise en œuvre des actions.

L'INTÉGRATION : LA SATISFACTION PLEINE ET ENTIÈRE DE CHACUN

De cela découle l'idée avancée par Sébastien Damart d'une rupture souhaitable basée sur le concept d'intégration dégagé par la philosophe Marie Parker Follett. Celle-ci a identifié quatre manières de traiter le conflit : la domination qui est la plus simple, le compromis qui ne satisfait vraiment personne, le renoncement et enfin l'intégration c'est-à-dire la satisfaction pleine et entière de chacun.

Cette intégration semble la meilleure des solutions mais elle nécessite d'introduire la créativité. Le bon *leader* ne sera donc pas celui qui recherche le compromis mais celui qui va mettre en lien les intérêts individuels et collectifs pour qu'ils se confondent et qui va privilégier la créativité pour rechercher les solutions.

Or, les espaces où l'on construit du consensus sont rares à l'hôpital parce que le principal mécanisme de coordination est basé sur les

pratiques professionnelles. Il faut donc aller plus loin et rendre à l'hôpital ces espaces de créativité.

LES LIMITES DU «TOUT PARTICIPATIF»

Mais attention, les groupes de travail sont parfois nombreux et simultanés. Les groupes de résolution conjointe des problèmes doivent être repensés pour être connectés avec les objectifs stratégiques de l'organisation. « *Le tout participatif a ses limites notamment parce que les cadres ne peuvent pas être partout* ».

En outre, l'hôpital est un système très hiérarchisé dans lequel la compétence supposée dépend d'un niveau de qualification. Quand les solutions émanent du terrain, elles ne sont pas nécessairement considérées comme légitimes. Il faudrait distinguer la gestion des compétences et la gestion par les compétences.

Le management intégratif peut aussi passer par la mise en place de nouvelles fonctions. La désignation de référents que l'hôpital pratique déjà favorise bien entendu le management intégratif mais d'autres pistes sont à explorer comme l'ingénieur en organisation qui exerce une fonction transverse et qui apporte un regard expert sur les coordinations.

Docteur Bocher nous rappelle que l'hôpital a énormément innové au niveau des techniques médicales mais aussi des organisations. Ces réformes successives créent des remous qui ne sont pas favorables au travail collectif entre des personnes qui ont des objectifs communs mais des préoccupations différentes. Il faut mettre en avant un climat d'estime et de confiance réciproques pour leur donner cette capacité d'innover. « *Pour soigner l'institution, il faut d'abord soigner les soignants* ».

Elle conclut que l'une des conditions du management intégratif est l'engagement de chacun dans l'institution : faire en sorte que les personnels soient fiers d'appartenir à l'hôpital. ♦

ON FAIT DE LA GPEC
MAIS PAS DE GESTION PAR
LES COMPÉTENCES.



Télécharger
la présentation

RELEVER LE DÉFI

D'UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ PAR L'INTERDISCIPLINARITÉ !



Luc BOILEAU, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec - Institut national d'excellence en santé et service sociaux

Michèle LENOIR-SALFATI, sous-directrice des Ressources humaines du système de santé, DGOS

Avec l'accélération du vieillissement de la population, les besoins de santé évoluent et la place des maladies chroniques est devenue prépondérante. La prévention, l'éducation, le suivi et la coordination autour du patient constituent des enjeux cruciaux qui bousculent l'équilibre des rôles entre soignants, à la fois au sein des établissements et tout au long du parcours des personnes.

Malgré les obstacles démographiques, culturels et réglementaires, les pouvoirs publics en France comme au Québec souhaitent faire coopérer les professionnels différemment, ont expliqué Michèle Lenoir-Salfati, sous-directrice des Ressources humaines du système de santé à la Direction générale de l'offre de soins, et Luc Boileau, président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec, lors d'un atelier de prospective.

INFIRMIERS ET ORTHOPTISTES EN PREMIÈRE LIGNE

Dix ans après le début des expérimentations Berland sur la délégation de tâches entre médecins et paramédicaux, et cinq ans après la formalisation de protocoles de coopérations interprofessionnelles (article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires – HPST), le projet de loi de santé porté par Marisol Touraine prévoit la création d'un exercice en « pratique avancée ». L'article L. 4301-1 dispose ainsi que « les auxiliaires médicaux [...], lorsqu'ils justifient d'une certaine durée d'exercice de leur profession et d'un titre de formation en pratique avancée peuvent exercer en équipes pluridisciplinaires (composées au moins d'un médecin) en pratique avancée ». Concrètement, les infirmiers et orthoptistes titulaires d'un diplôme complémentaire encore à élaborer – qui sera non spécialisé – seraient les premiers à être éligibles à l'exercice en pratique avancée. Lequel leur ouvrirait trois types de missions :

- ◆ Réaliser des analyses cliniques, formuler des diagnostics et établir des prescriptions d'examens complémentaires ou de thérapeutiques (médicaments, soins, dispositifs médicaux...) dans le respect de protocoles de prise en charge élaborés par l'équipe de soins ;
- ◆ Réaliser des actes techniques dans la limite de leur formation ;

- ◆ Accomplir des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage.

Et ce, dans un objectif de diminution du temps d'attente pour les soins de premier recours (par exemple, si les orthoptistes effectuent des bilans visuels), avec une qualité de service rendu « au moins identique à ce qu'elle est aujourd'hui », a souligné Michèle Lenoir-Salfati. L'impact sur les coûts des soins (frais supplémentaires de coordination entre professionnels, diminution espérée des complications et des hospitalisations grâce à un meilleur suivi des patients) fait quant à lui l'objet d'études en cours.

UNE « CONCURRENCE » REDOUTÉE PAR LES GÉNÉRALISTES PAYÉS À L'ACTE

En avance sur la mise en œuvre de cette délégation de compétences, le Québec a voté il y a dix ans les lois 90 et 21 (cette dernière étant spécifique aux professionnels de la santé mentale) consacrant l'évolution des rôles professionnels, la redéfinition des champs d'exercice en quelques lignes beaucoup plus générales, et le partage des « actes réservés » entre médecins et paramédicaux.

« Tandis que les médecins sont confortés dans leur rôle de diagnostic et de détermination du traitement médical, les infirmiers peuvent, à partir d'une ordonnance médicale, initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, effectuer et ajuster les traitements médicaux, mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament », a expliqué Luc Boileau. En précisant que le paramédical est dans ce cadre « responsable de son acte, de sa compétence et de sa formation ». Au Québec, trois spécialités infirmières ont été créées – en cardiologie, néphrologie et néonatalogie – bientôt suivies par une quatrième en soins de premier recours.

Ceci étant, l'évolution vers l'interdisciplinarité est lente et se heurte à des freins puissants en France comme au Québec, ont reconnu les deux intervenants. Des freins bien connus : la réticence du corps médical et le mode de rémunération à l'acte. ◆

LA FORMATION INITIALE
DES PROFESSIONNELS DOIT
ÊTRE UNIVERSITAIRE.



Télécharger
la présentation de
Luc Boileau



Télécharger
la présentation de
Michèle Lenoir-Salfati

L'ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES

DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL EN QUESTIONS



Jean-Marie BARBOT, président, ADRHESS
Emanuel LOEB, président, ISNI

Aujourd'hui, les établissements de santé et médico-sociaux, qu'ils soient privés ou publics, doivent conjuguer départs en retraite et mobilité avec optimisation des ressources et employabilité des salariés. C'est un vrai challenge pour les établissements que de valoriser les emplois pour attirer et fidéliser les professionnels souhaités.

Au regard d'éléments contextuels actuels tels que métiers en tension et perspectives démographiques, LMD et conditions d'exercice, quels peuvent être les leviers d'attractivité des acteurs de santé en établissement sanitaire ou médico-social ?

Les attentes des professionnels évoluent et ils ne sont désormais plus attachés à un poste, à un établissement, ni même à un métier pour toute leur vie professionnelle. En conséquence, les acteurs du management doivent donc composer avec la mobilité des professionnels.

L'un des leviers de l'attractivité future des professions de santé est indéniablement la formation, notamment initiale avec l'évolution des filières métiers existantes, la délégation de responsabilités, etc. ◆

ON ESTIME QUE
LA MOITIÉ DES
PERSONNELS
TRAVAILLANT
EN ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ EN L'AN 2000
SERONT PARTIS D'ICI
L'ANNÉE 2015.



Télécharger
la présentation

RAPPROCHEMENTS ET COOPÉRATIONS :

COMMENT MOBILISER LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ?



Michel LAFORCADE, directeur général, ARS Aquitaine (vendredi)

Philippe CALMETTE, directeur général, ARS Limousin (samedi)

Xavier DUPONT, directeur des Établissements et services médico-sociaux, CNSA

Il faut utiliser toute une palette d'outils pour favoriser les coopérations dans le secteur médico-social, y compris l'injonction, a assuré le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine, Michel Laforcade.

LE CHANGEMENT SOUS INJONCTION PORTE SES FRUITS

Le directeur général de l'ARS est intervenu vendredi dans le cadre d'un atelier intitulé « Rapprochements et coopérations : comment mobiliser les professionnels du médico-social ? ». Pour encourager les coopérations dans le secteur médico-social à court terme, Michel Laforcade a indiqué se sentir « légitime » à utiliser l'injonction. « Il n'y a pas de modèle unique pour arriver à créer le désir [de coopération chez les professionnels médico-sociaux]. On doit utiliser toute la palette, y compris l'injonction. On ne désire pas ce que l'on ne connaît pas. Je crois à la création du désir par la preuve expérimentale », a-t-il expliqué. « De temps en temps, le changement sous injonction porte ses fruits », a assuré Michel Laforcade. « L'expérience montre qu'un DG [Directeur général] d'association, qu'un DG de CHU, qu'un directeur de CCAS [Centre communal d'action sociale], qu'un DG d'ARS peut aussi, sous injonction, obtenir des formes de coopérations, des formes de regroupements, des formes de transversalité ». « Je me sens complètement autorisé à inciter vivement certains établissements à créer des GCSMS [Groupements de coopération sociaux et médico-sociaux] », a-t-il cité en exemple. [...]

ENJEUX DE POUVOIR ET THÉORIE DU CHAOS

Le DG de l'ARS Aquitaine a aussi remarqué que « les enjeux de pouvoir, d'affect, d'irrationnel et d'ego sont dans l'ordre des choses. J'ai coutume de dire dans mon ARS que si les enjeux de pouvoir n'émergent pas, c'est que mes collaborateurs sont des gens peu engagés. Donc faisons avec ». Il a déclaré croire beaucoup à la « théorie du chaos » : « Ne nous épuisons pas momentanément face à une institution, face à un directeur, face à un collaborateur qui, de toute façon, est totalement arquebouté sur un effort défensif qui témoigne de sa volonté de ne pas promouvoir la coopération ou le changement », a-t-il prévenu. À un moment donné, « l'ensemble du système se met à osciller [...] et à ce moment-là, une simple poussée sur l'acteur concerné ou l'institution concernée va amener tout le système à s'effondrer ». « Au moment où apparaît l'oscillation, surtout ne jamais s'être endormi ! », a averti Michel Laforcade. [...]

TRAVAILLER SUR LES VALEURS QUI FONT VIBRER LES PROFESSIONNELS

Michel Laforcade a estimé qu'« on a de multiples arguments pour démontrer à chaque acteur qu'il a un intérêt direct » à la coopération,

arguant que « le médico-social ne pourra plus exister dans une forme de glorieux isolement ». Le directeur général de l'ARS Aquitaine a proposé de travailler sur les « valeurs » souvent brandies par le secteur médico-social. [...] Il a néanmoins prévenu qu'il n'existait pas de « nombre d'or » en termes d'établissements qu'une entité doit déterminer. « Nous connaissons des établissements uniques gérés par une association créative et des associations sclérosées de 50 établissements et inversement », a-t-il assuré en substance. Cela dit, il existe « un seuil critique et une masse critique minimale » à atteindre si les établissements veulent pouvoir répondre aux actuelles obligations réglementaires et législatives.

LA RÉSISTANCE DES C.A. DES ASSOCIATIONS

De son côté, le responsable des Établissements et services à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Xavier Dupont, a rappelé lors du même atelier les enjeux de la coopération vu sous l'angle du récent rapport Piveteau sur le handicap : « Son leitmotiv, c'est que l'adaptation des réponses ne viendra que si nous changeons tous ensemble ». Il a indiqué que l'enjeu était d'autant plus important que « l'on rentre dans une période où on n'aura pas de plans massifs de création de places ». Dans la salle, une directrice d'association dans le champ du handicap a fait remarquer que « les conseils d'administration de nos associations ne sont pas forcément très au clair des schémas régionaux, départementaux, de la situation de l'offre sur un territoire, donc ils défendent un peu leur bout de gras. [...] S'il y a à accompagner le médico-social, ce sont plus les conseils d'administration qu'il faut accompagner que les professionnels ». Par ailleurs, Évelyne Marion, conseillère technique à l'Association des paralysés de France (APF), a alerté sur la « démobilisation des professionnels au bout d'un certain temps ». « Une fois qu'on change sa façon de faire, on se heurte aux limites de la façon dont les choses sont organisées, administrées, régulées, et qui méritent qu'on puisse dépasser les cadres existants ». Les coopérations, aussi nécessaires dans le champ médico-social que le champ sanitaire, ne revêtent pas la même réalité, a relevé l'animateur de l'atelier, Christophe Douesneau, de l'ANAP, rappelant notamment que le nombre d'établissements sanitaires était d'environ 3 000, contre environ 35 000 dans le secteur médico-social. ◆



03

LES ATELIERS DE RETOURS D'EXPÉRIENCE

Les ateliers de retours d'expérience permettent
aux professionnels de santé de faire part
des enseignements qu'ils tirent des initiatives innovantes
qu'ils ont mises en œuvre.



GPEC TERRITORIALE :

LE PORTFOLIO, OUTIL RH DE DÉVELOPPEMENT PERSONNEL, RÉVÉLATEUR DES « COMPÉTENCES CLANDESTINES » DES AGENTS



Jean-Yvon CABIOC'H, responsable Reconnaissance et Certification, CAFOC Toulouse
Pierre ROUX, directeur, GCSMS PALAIOS
Claire BOULOC, responsable RH, GCSMS PALAIOS

Des responsables d'un groupement d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de l'Aveyron ont mis en place un portfolio valorisant notamment les compétences « clandestines » de leurs employés les moins diplômés, et en ont tiré un bilan positif.

Un atelier était consacré à la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à l'échelle territoriale dans le médico-social. Dans le cadre d'un retour d'expérience sur ce thème, l'ANAP a notamment observé l'organisation déployée par le Groupement de coopération sanitaire et médico-social (GCSMS) PALAIOS, dans l'Aveyron, a expliqué Marie-Emmanuelle Aubert, de l'ANAP, saluant une mobilisation des professionnels « vraiment remarquable ».

Le GCSMS PALAIOS, créé en 2010, réunit trois associations gérant quatre EHPAD autour de Rodez, qui ont mutualisé plusieurs fonctions, dont les ressources humaines. Ils réunissent 320 résidents et un peu plus de 200 salariés, a indiqué le directeur du GCSMS, Pierre Roux. En opérant le regroupement, les membres ont souhaité « ne pas trop éloigner les centres de décision des personnes auxquelles elles s'appliquent », qu'il s'agisse du personnel ou des résidents, a-t-il affirmé.

UN PARCOURS PROFESSIONNEL INDIVIDUALISÉ POUR LES NIVEAUX DE DIPLÔME INFÉRIEUR AU BACCALAURÉAT

Le GCSMS a commencé à travailler en 2012 sur un Parcours professionnel individualisé (PPI) du salarié, et s'est rapproché pour cela d'organismes extérieurs, en particulier le Centre académique de formation continue (CAFOC) de Toulouse. Cette structure de l'Éducation nationale a notamment pour mission d'accompagner les organisations dans l'évolution des emplois et des compétences. Ce PPI est destiné au personnel dont la profession s'exerce à un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, comme les aides-soignants, les Agents de service hospitalier (ASH), les lingères, ou encore les cuisiniers. Cela commence par une information à l'ensemble des agents puis le choix parmi les volontaires, après entretien individuel, de ceux bénéficiant du projet. Le salarié est accompagné dans la rédaction d'un portfolio, suivie d'une restitution devant la commission académique présidée par le CAFOC, qui donne lieu à la remise

LES COMPÉTENCES CLANDESTINES C'EST CE QUI APPARAÎT EN PLUS DE LA FICHE DE POSTE.



d'une « attestation académique de compétences ». Ensuite, l'agent peut entrer dans des démarches de Validation des acquis de l'expérience (VAE) ou de parcours qualifiants, a résumé Claire Bouloc. Le GCSMS et le CAFOC ont choisi de ne pas recourir d'emblée à la VAE ou à une démarche de type « bilan de compétences », afin d'éviter de faire entrer chaque salarié dans des « cases » prédéfinies, a fait valoir Jean-Yvon Cabioc'h, responsable Reconnaissance et Certification au CAFOC de Toulouse. Lors du passage devant la commission, il n'y a ni examen ni jugement, et donc pas de mise en échec, ont souligné les intervenants. Sur 95 salariés volontaires, 37 ont été sélectionnés par le GCSMS et tous se sont présentés devant la commission, puis ont bénéficié d'une centaine d'heures de formation (par exemple sur la gestion du stress). Ce parcours a permis à 22 d'entre eux de recevoir une certification complémentaire. Pour les années 2013 à 2015 « nous avons aujourd'hui huit inscrits en VAE aide-soignant et déjà quatre diplômés », un salarié a validé son CAP de cuisine et huit ont été formés au tutorat en EHPAD, a ajouté Claire Bouloc, responsable des Ressources humaines du groupement.

« UN CHALLENGE » SUR QUATRE MOIS ENVIRON

La rédaction du portfolio a été réalisée sur environ quatre mois par chaque agent, en dehors de son temps de travail, ce qui était « un challenge », a noté Claire Bouloc. Seules les heures de formation et les réunions collectives ont été rémunérées. Ce portfolio compte une dizaine de pages une fois rempli.

LA DÉMARCHE PORTFOLIO PEUT REMETTRE EN CAUSE LE POSITIONNEMENT DE LA DIRECTION. EN TOUT ÉTAT DE CAUSE LE 1^{ER} RISQUE DANS UNE ORGANISATION, C'EST L'IMMOBILISME.



Le salarié résume d'abord son histoire et son parcours professionnel. Puis il décrit son activité au cours d'une journée habituelle de travail. Dans un tableau, il liste ses activités et compétences, ses savoir-faire et savoirs théoriques, et les résultats obtenus dans chaque situation de travail (par exemple, pour un aide-soignant réalisant le coucher d'un résident, l'avoir aidé à passer une bonne nuit, dans des conditions de confort). Enfin, l'employé exprime ses souhaits pour l'avenir, en termes de partage avec ses collègues, de transmission à de nouveaux arrivants, et de formations pour lui-même. Ce système a permis de reconnaître des « compétences clandestines » du personnel, qui n'étaient pas connues de la direction ou de l'encadrement. Claire Bouloc les a décrites comme « *tout ce qui se trouve autour du travail prescrit et qui le rend bien meilleur* ». Jean-Yvon Cabioc'h a cité l'exemple de lingères qui, en parallèle de leur activité décrite sur la fiche de poste, font travailler des résidents sur leur mémoire ou animent des ateliers (chant, danse...). Pierre Roux a insisté sur le fait que les agents sont capables « *d'inventer au quotidien des solutions pour s'adapter à chaque situation rencontrée* », en particulier pour entrer en communication avec les personnes âgées. Il a évoqué une aide-soignante qui plaçait deux verres de café au lait sur une table à côté (et non en face) d'une résidente malade d'Alzheimer en fauteuil roulant, ce qui n'est pas conforme aux pratiques habituelles, mais s'avérait la seule situation par laquelle elle acceptait de prendre son petit-déjeuner de façon autonome. À la suite du travail sur le portfolio, il a été décidé de créer dans chaque EHPAD un poste de « *coordinateur du développement social et relationnel* » chargé de réutiliser en interne ces « *compétences clandestines* », tout en faisant le lien avec le projet de vie individuel du résident. Trois des quatre postes ont été créés, et le quatrième est « *en construction* », a précisé Claire Bouloc à l'APM.

UNE DYNAMIQUE POSITIVE ET COLLECTIVE

Si tous les salariés n'ont pas conclu à la réussite du projet, « 100 % » d'entre eux « *nous ont remerciés* », a relevé Jean-Yvon Cabioc'h. Écrire ce qu'il fait permet au salarié de se valoriser individuellement,



et d'échanger avec les cadres et la direction en sortant de rapports hiérarchiques, a noté Pierre Roux. Le projet a entraîné une dynamique collective, car les salariés ont parlé de leur travail avec leurs collègues, suscitant une curiosité dans l'ensemble des équipes pour la formation continue, ont observé les intervenants. La démarche individuelle des PPI a été complétée par une action dans le plan de formation en direction de l'encadrement intermédiaire des EHPAD, « *de manière à lui permettre de mieux accueillir la mobilisation de la base et la réinvestir dans le collectif de travail* ». « *Réduire les écarts entre les niveaux dans l'organisation ne suffit pas, il faut que chaque strate progresse* », a souligné Claire Bouloc. Le groupe a reproduit ce dispositif pour les jeunes salariés en emploi d'avenir ou d'autres contrats aidés. Le projet a en outre renforcé les liens du GCSMS avec Pôle emploi, la mission locale, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), le Service de santé au travail, ainsi que les financeurs de la formation continue (UNIFAF et Région Midi-Pyrénées). Si le dispositif du portfolio existait déjà dans d'autres secteurs que les EHPAD, « *l'innovation a été de mettre cela en mouvement avec des partenaires dans un cadre particulier* », a constaté Jean-Yvon Cabioc'h. Cela ne peut pas être calqué d'un établissement sur un autre, mais « *on l'a fait en trois ans* » et « *on serait capable d'expliquer à d'autres comment le faire sur cinq-six mois* », a-t-il affirmé. ◆



Télécharger
la présentation

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

AU SERVICE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS



Hélène ANTONINI-CASTERA, directrice, institut Robert Merle d'Aubigné
Marie-Jeanne FONTUGNE, cadre rééducateur, institut Robert Merle d'Aubigné

L'Institut Robert Merle d'Aubigné (IRMA), centre de médecine physique et de réadaptation situé à Valenton, a mis en place une démarche originale pour améliorer la qualité de vie au travail de ses salariés, qui a abouti à une meilleure prise en compte des attentes des patients.

La directrice de l'institut, Hélène Antonini-Castera et une cadre rééducatrice, Marie-Jeanne Fontugne, ont commenté lors d'un entretien à l'APM, cette présentation.

UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE SOUMIS AUX SALARIÉS

Ces travaux sont nés d'une préoccupation du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sur les risques psycho-sociaux et d'une proposition de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France de participer à une enquête sur la qualité de vie au travail, a indiqué la directrice. Cette enquête a été réalisée en 2012 avec le soutien méthodologique de sociologues d'HEC et d'HEC Montréal. Trois types de données ont été évalués : des indicateurs de qualité de vie au travail (bien-être psychologique, épuisement émotionnel, équilibre vie personnelle/vie professionnelle, sens du travail...) ; les facteurs qui agissent sur la qualité de vie au travail (utilité sociale, occasions d'apprentissage, autonomie, reconnaissance...), et « les variables de contrôle

qui permettent de [...] réguler les résultats en fonction des données personnelles de vie et de la façon de voir le monde », a expliqué Hélène Antonini-Castera. Ce questionnaire en ligne a été soumis aux salariés en septembre-octobre 2012, en deux phases, à 15 jours d'intervalle, avec un taux de réponse de 79 % pour la première phase et 63 % pour la deuxième, soit « 219 répondants sur un effectif de 250 salariés ».

UN CONSTAT DE PERTE DE SENS ET DE MANQUE DE RECONNAISSANCE

Une première restitution a eu lieu en février 2013, et la restitution finale en mai-juin 2013. « Les résultats de l'enquête ont montré que les salariés n'allaient pas très mal. Néanmoins il y avait un certain nombre de points sur lesquels il fallait être vigilant », a résumé la directrice de l'IRMA. Côté points positifs, elle a cité un fort sens du travail, une situation globale de bien-être, un fort sentiment d'utilité sociale, ou encore un fort niveau d'autonomie, sauf pour les soignants. Sur les points à surveiller, Hélène Antonini-Castera a notamment parlé du « sens au travail », c'est-à-dire « quotidiennement, ce que je fais, ce que je produis, les procédures, les organisations, les relations avec mes collègues, sont-elles positives ? ». Les résultats sur ce thème « étaient contrastés et ce contraste pouvait entraîner des situations de détresse psychologique et avait un impact sur l'engagement au travail. 50 % disaient [qu'ils avaient] du plaisir à travailler et 50 % [qu'ils travaillaient par] besoin et c'est tout ». Elle a aussi évoqué un manque d'occasion d'apprentissage dans les services support et chez les soignants. Surtout, l'enquête a révélé « une perception de la justice très dégradée, le sentiment de ne pas être reconnu, des procédures de décision pas assez participatives et 30 % des relations dégradées » avec le supérieur hiérarchique.

« CARTE BLANCHE » POUR LE PLAN D' ACTIONS CORRECTIVES

« On s'est dit qu'il fallait mettre en place un plan d'actions rapide. On était en juin 2013. Il fallait qu'au mois de septembre, on ait choisi un consultant externe, et créé des groupes de travail en capacité de mettre en œuvre des actions correctrices à l'horizon du mois de décembre », a assuré la directrice. L'IRMA a créé deux « équipes 'pro-action' » sur deux thématiques, l'une transversale sur la reconnaissance et la justice procédurale, l'autre organisationnelle sur



« le service le plus complexe de l'institut » selon sa directrice, à savoir l'hôpital de jour. « Les équipes ont été constituées, sur volontariat, de 10 à 15 personnes. Elles sont pluridisciplinaires, avec des soignants (aides-soignants, infirmiers), des éducateurs (orthoprothésistes, kinés), des personnels administratifs et de la logistique, et chose très importante, des cadres et des non-cadres », a expliqué à l'APM Marie-Jeanne Fontugne, qui a participé aux travaux sur la reconnaissance et la justice procédurale. « Les équipes avaient 'carte blanche', a ajouté la directrice, reconnaissant que cette terminologie « avait fait beaucoup glosé dans l'hôpital ». « Évidemment on vit dans un contexte contraint, tout n'est pas possible, les financements ne sont pas extensibles, mais dans ce cadre-là, toutes les idées sont bonnes à exposer et à tester ». « Nous avons des fiches-action, avec un tableau de reporting, des indicateurs, un calendrier, une évaluation. L'intérêt était que l'évaluation était très rapide, on pouvait se rendre compte tout de suite si ça marchait ou pas, et réajuster derrière », a complété Marie-Jeanne Fontugne. « Il y avait aussi des réunions intermédiaires avec l'ensemble du personnel, et avec la direction avec laquelle on a travaillé en concertation et non pas 'contre' ».

DE NOMBREUX ENSEIGNEMENTS ET UNE RÉORGANISATION RAPIDE

« On était sur la qualité de vie au travail. Et ce qui est très intéressant, c'est que très vite, les freins à la qualité de vie au travail [se sont révélés être] le fait de ne pas faire un travail de qualité. C'est-à-dire qu'en traitant de la qualité de vie des personnels, en leur posant la question des freins à leur qualité de vie, derrière, ils vous disent 'il faut améliorer la qualité de service aux patients' », a expliqué Hélène Antonini-Castera. Par exemple, l'équipe « pro-action » sur l'hôpital de jour a relevé que les patients devaient faire quatre fois la queue, ce qui générait des tensions chez les salariés. Elle a donc planché sur un nouveau circuit du patient, qui aujourd'hui « n'attend plus à quatre endroits ». Des réunions de concertation ont été instaurées. Le circuit de consultation de podologie, « qui n'était pas clair [pour les salariés] et pour les patients, a été repensé », a expliqué la directrice. Les travaux sur la reconnaissance et la justice procédurale ont par exemple abouti à l'instauration de réunions d'équipes pour les équipes de nuit, « qui ont construit un outil qui leur convient ». Un organigramme fonctionnel est en cours d'élaboration. L'équipe « pro-action » est « en train d'essayer de trouver un outil qui soit clair pour tout le monde », a raconté la directrice. L'ensemble de la démarche est considéré comme très positive par les deux intervenantes. Des réorganisations ont été mises en œuvre en moins de trois mois, comme la refonte du circuit d'accueil du patient en hôpital de jour donc, mais aussi la mise en place de réunions de service préparées par les salariés, un débat amorcé avec les cadres et les salariés sur l'attribution d'une prime comme élément de reconnaissance, et la mise en place d'un staff pluridisciplinaire pour la prise en charge des patients amputés de membres supérieurs. « Il y a des acquisitions individuelles pour les personnes qui ont participé à la démarche qui sont très importantes. Elles ont aussi appris à se connaître, donc cela a créé au sein de l'institut de nouveaux circuits de circulation de l'information, de règle-

ments de problèmes, un sentiment d'appartenance », a ajouté la directrice, estimant que la démarche « a été, en elle-même, un vecteur de la qualité au travail ».

Quatre points de vigilance ont néanmoins été listés, comme le fait de « ne pas confondre autonomie et indépendance ». « Les premiers essais se sont parfois faits sans informer l'ensemble des parties prenantes », a expliqué la directrice. Il s'agit aussi de toujours « formaliser la communication », de « gérer le décalage de maturité entre les personnels au sein des groupes et les personnels extérieurs au groupe », et d'intégrer les partenaires sociaux dans la démarche. « Ce n'est pas simple », a reconnu la directrice. « La démarche est partie d'eux au départ. Mais du fait de l'expression directe des salariés, ils se sentent dépossédés des résultats et ils les contestent ». Le CHSCT a d'ailleurs obtenu qu'une expertise sur la qualité de vie au travail soit réalisée par un cabinet extérieur.

UNE ÉQUIPE PRO-ACTION DÉDIÉE À LA COMMUNICATION INTERNE

« Mon objectif, c'est que dans trois ans, d'une façon ou d'une autre, tous les salariés aient testé cette façon de travailler, cette façon de se poser les questions, de faire des propositions et d'aller jusqu'à la mise en œuvre », a assuré la directrice. En juin a été acté le fait de créer une troisième équipe « pro-action » sur l'amélioration de la communication interne, thème voté par les salariés lors d'une réunion. « Le consultant va accompagner ce troisième groupe mais parallèlement former des participants aux deux premiers pour que ce soit eux qui accompagnent la création des groupes futurs. L'idée aussi est de formaliser [...] la démarche de façon à la développer. On réfléchit avec le médecin-chef à la manière de déployer l'outil notamment auprès des cadres, de façon à ce que tous les cadres de l'institut comprennent la méthode et l'intègrent », a indiqué Hélène Antonini-Castera. ♦

DES ÉQUIPES «PRO-ACTION» POUR RECHERCHER DES SOLUTIONS CONCRÈTES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNELS.



Télécharger
la présentation

RÉORGANISATION DE L'OFFRE ET CONVERSION DE PLACES DU SANITAIRE VERS LE MÉDICO-SOCIAL : MÉTHODOLOGIE, OUTILS ET ENSEIGNEMENTS



Jean-Nicolas FICHET, secrétaire général, fondation John Bost

Jean-Louis BENAVAL, directeur général, APAPH Les Sources de Thuès - MAS des Sources

Guy LAURENT, chargé de mission, APAPH Les Sources de Thuès - MAS des Sources

Un exemple de reconversion du sanitaire vers le médico-social, en l'occurrence celle d'une Structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) fonctionnelle de 160 lits en une Maison d'accueil spécialisée (MAS) de 40 places pour adultes handicapés psychiques, à Thuès-les-Bains (Pyrénées-Orientales), a été présenté lors de l'Université d'été de la performance en santé.

Cette opération a été décrite vendredi lors d'un atelier par Jean-Louis Benavail, directeur général de l'Association pour l'autonomie des personnes handicapées (APAPH) «Les sources de Thuès», qui gère la SSR et gère la MAS, et Guy Laurent, chargé de mission à l'APAPH.

LE CONTEXTE D'UN BASCULEMENT SUR 10 ANS

Le «basculement» du champ sanitaire vers le médico-social de l'établissement de l'APAPH s'est opéré en 10 ans, a expliqué le directeur général de l'association. Il a eu la particularité de faire intervenir des acteurs du privé –l'APAPH– et du public –le Centre hospitalier (CH) de Thuir, spécialisé en psychiatrie.

Le Centre thermal de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (CTRRF) de Thuès-les-Bains a été créé en 1963 par l'association. Il comptait un service de neurologie et un service de traumatologie pour personnes âgées. «Cet établissement, qui se portait tout à fait normalement par rapport aux objectifs fixés, se trouvait dans un département [...] richement doté en places de rééducation fonctionnelle», qui avaient l'habitude d'accueillir des patients issus d'autres régions, a précisé Jean-Louis Benavail.

«Quand les schémas régionaux se sont mis en place, on nous a demandé de faire des prises en charge de proximité», a-t-il raconté. «Nous avions une file active constituée à 80% de patients de la plaine, à 60 km de chez nous, [...], des patients transférés de plus en plus tôt, avec des risques de réhospitalisation», a relevé le directeur, ajoutant au tableau «des départs programmés à la retraite de nos médecins, une attractivité faible du canton», et des tensions de recrutement paramédical.

Le constat, partagé entre l'association et, à l'époque, l'ex-Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Languedoc-Roussillon, a été d'arrêter l'activité SSR. L'association, qui détenait cette seule autorisation de soins, était «prête à se dessaisir» de son établissement, «à condition de maîtriser ce transfert», a expliqué son directeur. Elle avait aussi la volonté de «ne pas abandonner le canton».

Parallèlement, l'ARH voulait que le CH de Thuir, situé à 45 minutes du CTRRF, réduise la durée de séjour de ses patients chroniques, dont certains étaient hospitalisés depuis plus de 15 ans, peut-on lire dans la publication de l'ANAP.

«On s'est rendu compte qu'il y avait un projet à porter en lien avec les équipes hospitalières pour les personnes handicapées psychiques, et que c'était pour nous une possibilité d'un maintien partiel d'enveloppe, tout en répondant à un besoin de santé de proximité», a fait valoir Jean-Louis Benavail. «On avait dans nos manches aussi des fonds propres solides pour convaincre la tutelle qu'on avait les moyens de le faire».

UNE PUBLICATION DE L'ANAP



Cette reconversion est aussi retracée dans une nouvelle publication de l'ANAP, dont les participants de l'Université d'été ont eu la primeur et qui sera mise en ligne sur le site de l'agence, nommée «L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques, retours d'expérience de reconversions ou de créations». Cette publication de 120 pages, datée d'août, retrace les retours d'expériences de 12 gestionnaires sanitaires et médico-sociaux, et donne des clés pour inciter et réussir une telle reconversion.



Télécharger la publication



APRÈS UNE RECONVERSION DE PLACES DU SANITAIRE VERS LE MÉDICO-SOCIAL (DANS LE CHAMP DU HANDICAP PSY) IL FAUT MESURER LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU RÉSIDENT.



besoin sans passer par les urgences», et les mises à disposition hospitalières avec des vacations de psychiatre et d'infirmier. La convention prévoyait aussi les futures coopérations. Les deux partenaires envisagent de créer un Groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) afin de répondre à un appel à projets pour l'ouverture d'un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). La MAS est déjà membre du Groupement de coopération sanitaire (GCS) Pharmacopé, qui gère la Pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH et assure la dispensation médicamenteuse auprès des autres membres.

L'APAPH s'est par ailleurs associée dès l'origine aux associations de familles (UNAFAM 66) et de patients (un Groupe d'entraide mutuelle -GEM- «proche»), a-t-il ajouté.

DES VA-ET-VIENT ENTRE LA FUTURE MAS ET L'HÔPITAL

L'association et l'hôpital avaient «un intérêt commun à agir», notamment parce que les futurs usagers de la MAS étaient les patients de l'hôpital. «Après quelques résistances bien légitimes, un vrai travail s'est fait dans le cadre d'une équipe mixte pour [...] bien maîtriser les besoins des usagers et donc les compétences à acquérir pour nos équipes». Le directeur a souligné le «gros travail à faire sur la formation».

Guy Laurent, qui est intervenu lors de l'atelier, a précisé qu'il était au moment du projet cadre supérieur de pôle au CH de Thuir. «On s'est organisé en unité de préparation à la future MAS [...] avec 24 patients chroniques». Ont été mis en place «des va-et-vient avec le centre de rééducation» pour des «activités conjointes et partagées».

«Ce travail croisé a permis au personnel du centre de rééducation de s'approprier quelques concepts, quelques idées de ce qu'est la maladie mentale, parce que c'était loin de leurs préoccupations [professionnelles] à l'époque», a-t-il expliqué.

«Nous avons aussi [...] travaillé sur les bienfaits de la reconversion [de la prise en charge] des patients psychotiques en MAS [...]. On a initié toute une batterie de tests que l'on validera un an après l'ouverture de la MAS, des tests psychométriques et [...] sur le comportement et les troubles du comportement des malades psychotiques», a ajouté le chargé de mission de l'APAPH. Il a par ailleurs souligné le travail réalisé avec le Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI).

Une convention de partenariat a été signée entre l'hôpital et l'association, où il était notamment abordé la formation continue «avec accueil dans le service pour découvrir les futurs usagers», les admissions (procédure, typologie des futurs usagers), les séjours de rupture «pour faciliter la fluidité avec l'hôpital qui pourra reprendre le patient si

PLUS DE 60% DES SALARIÉS DE LA MAS TRAVAILLAIENT DANS LE SSR

«On a réussi à ne fermer l'établissement que 15 jours entre les deux phases», s'est réjoui Jean-Louis Benavail. La MAS a ouvert en octobre 2010. «Jusqu'en 2012, on a continué les formations sur la prise en charge du handicap psychique [...], le rôle du référent, la méthodologie de projet, la mise en place d'un projet d'établissement, du CVS [Conseil de la vie sociale]», a expliqué Guy Laurent. Certains personnels du SSR ont suivi des formations qualifiantes, notamment d'Aide médico-psychologique (AMP). Dans l'ouvrage de retour d'expériences publié par l'ANAP, il est par ailleurs indiqué que d'un point de vue budgétaire, une partie des moyens alloués au CTRRF a été transférée sur un autre SSR. «Le financement des 21 premières places de la MAS est issu des crédits sanitaires précédemment utilisés pour la rééducation fonctionnelle (80 lits au moment de l'arrêt de l'activité)».

Par ailleurs, la capacité d'accueil du CH de Thuir a été réduite de 25 lits d'hospitalisation, et les moyens correspondants ont été affectés à la création d'une équipe mobile de psychogériatrie et au renforcement des activités d'autres secteurs d'établissement, indique l'ANAP.

En matière de ressources humaines, l'agence précise dans son document que la transformation d'activité s'est accompagnée d'un plan social, la structure passant d'environ 90 salariés à 60. «Ont été majoritairement concernés les salariés les plus proches de l'activité de rééducation fonctionnelle (praticiens hospitaliers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.)».

L'ANAP note aussi que «les professionnels intervenant à ce jour à la MAS exerçaient, pour près des deux tiers d'entre eux, au sein du centre de réadaptation fonctionnelle». ◆



Télécharger
la présentation de
Jean-Nicolas Fichet



Télécharger
la présentation de
Jean-Louis Benavail

COMMENT RÉUSSIR L'IMPLÉMENTATION D'UN DISPOSITIF DE SUIVI DES ACTIVITÉS ?

L'EXEMPLE DE GESTACTIV



Geovanny OSORIO, doctorant en thèse CIFRE, OVE - Laboratoire DISP
Natalie FAURE, directrice, SESSAD de Turquet à La Tour-du-Pin

L'amélioration de la performance du secteur médico-social nécessite des outils de pilotage aptes à donner rapidement et de façon synthétique une vision claire et quantifiée des activités réalisées en direction des usagers.

Dans le cadre d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre la fondation OVE¹ et l'Agence régionale de santé, visant notamment à « optimiser l'allocation de ressources aux établissements », l'application de suivi des activités GESTACTIV a été développée et se déploie progressivement dans les établissements de la fondation. Geovanny Osorio, co-concepteur de l'application, et Natalie Faure, chef de service au SESSAD² du Turquet à La Tour-du-Pin (Isère) en ont expliqué le principe lors d'un atelier de retour d'expérience.

Concrètement, GESTACTIV est avant tout un calendrier de planification des activités réalisées en direction des usagers, mais aussi de toutes celles de support et de pilotage des professionnels. Ces derniers y saisissent, en prévisionnel (sur site ou via l'interface mobile), l'ensemble des activités à accomplir puis valident le contexte de leur déroulé. Date d'exécution, ressources utilisées, lieu géographique et temps passé peuvent être précisés. Le résultat permet de suivre de manière fine les activités d'accompagnement de chaque usager, en intégrant toute la part de travail effectuée par chaque professionnel.



**GESTACTIV EST AVANT TOUT
UN CALENDRIER
DE PLANIFICATION DES
ACTIVITÉS RÉALISÉES
EN DIRECTION DES USAGERS.**



L'interface de saisie se veut simple, et le modèle suffisamment générique pour convenir aux différents types de structures, tout en permettant d'agréger des modes de fonctionnement spécifiques. Les données collectées alimentent un ensemble d'indicateurs de performances, remontés sous forme de tableaux de bord interactifs ; le système produit des emplois du temps types de l'utilisateur et du professionnel, et comprend un module de facturation. « Grâce au tableau récapitulatif des activités, on sait vraiment ce qui est fait avec chaque enfant, on peut mieux répondre aux familles et aussi justifier de notre activité aux tutelles », a témoigné Nathalie Faure, dont le SESSAD accompagne à domicile des enfants handicapés ou ayant des troubles du comportement. Environ 350 professionnels utilisent actuellement GESTACTIV au sein de la fondation OVE. ♦

1. La fondation OVE regroupe une soixantaine d'établissements et services spécialisés dans la prise en charge de l'enfance inadaptée et handicapée, et du handicap mental : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), Instituts médico-éducatifs (IME)...

2. Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)



**Télécharger
la présentation**

AMÉLIORER SANS CESSER LA QUALITÉ DES SOINS



Brigitte WERY, pilote d'un processus RH et infirmière chef d'unité, CH de Luxembourg
Isabelle BRIATTE, cadre de santé, CH de La Rochelle

Améliorer sans cesse la qualité des soins, favoriser le bien-être au travail dans un contexte contraint économiquement tel est le défi de l'encadrement. Mesurer la charge de travail et y répondre par une organisation performante était une gageure. Des équipes ont fait preuve d'imagination, de créativité en développant des outils, des méthodes managériales aux services des usagers et des professionnels paramédicaux.

Fortes de leurs pratiques depuis plusieurs années, Brigitte Wery et Isabelle Briatte ont partagé leurs expériences et présenté deux outils, avec deux approches mais une même finalité : la performance en soins.

En préalable, les deux intervenantes ont indiqué les apports et limites des outils de la mesure de la charge en soins. Ces outils de gestion mesurent *a priori* et *posteriori* les soins donnés (ce qui est fait pour le patient) ou les soins requis (satisfaction des besoins du patient). Ces outils ont un impact sur la qualité des soins et des services, mais ils présupposent une standardisation des soins par une nomenclature d'actions de soins infirmiers prévalant. Tout l'enjeu vise à avoir un score en charge en soins le plus bas possible.

La mobilité quotidienne est décrite par tous les sociologues du travail et la médecine du travail comme facteur de stress, pour l'ensemble des personnes qui composent l'équipe : le travail en équipe et la confiance sont des éléments qui contribuent à la qualité des soins. Il a fallu réorganiser le travail. Cette réorganisation a impliqué d'autres réorganisations en chaîne de manière systématique telle que l'organisation du service, en terme d'accueil de la collègue volante, de marquage claire des produits d'une organisation matérielle identique d'une unité à l'autre, etc. ♦



Télécharger
la présentation de
Brigitte WERY



Télécharger
la présentation d'
Isabelle BRIATTE

QUAND UN SOIGNANT
A UNE CHARGE DIMINUÉE,
IL PEUT ALLER EN RENFORT
UTILE DANS UN AUTRE SERVICE.



AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS EN EHPAD :

EXEMPLE DE L'ARS FRANCHE-COMTÉ



Jérôme MALFROY, directeur de la Performance, ARS Franche-Comté
Monique DECLERC, directrice, CRF de Quingey

L'Agence régionale de santé (ARS) Franche-Comté tire un bilan positif d'une expérimentation d'appui à des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur le temps de travail des soignants.

UN DISPOSITIF NOVATEUR POUR RÉPONDRE À UN CONSTAT DE CONDITIONS DE TRAVAIL DÉGRADÉES

Le directeur de la Performance de l'ARS Franche-Comté, Jérôme Malfroy, et l'ancienne directrice du Centre hospitalier (CH) de Morteau (Doubs), Monique Declerc, ont commenté leur présentation en amont à l'APM. Monique Declerc a quitté le CH en avril 2014, alors que l'accompagnement y était terminé, pour diriger le Centre de réadaptation fonctionnelle (CRF) de Quingey. À leur connaissance, ce type de dispositif n'existe pas dans d'autres régions. Un programme régional d'inspection sur la prévention de la maltraitance lancé en 2010 avait mis en lumière des problèmes de « glissements de tâches » entre professionnels et de « taylorisation » de l'organisation du travail (évoquant un travail « à la chaîne »), a expliqué Jérôme Malfroy. Des établissements déploraient un fort absentéisme et des difficultés à recruter des soignants. S'appuyant sur ces constats, l'ARS a lancé une expérimentation d'appui sur le temps de travail des soignants (infirmiers, aides-soignants, Aides médico-psychologiques -AMP- et Agents des services hospitaliers -ASH). Après quatre premiers EHPAD en 2011, six autres ont rejoint l'expérimentation en 2012, puis 16 en 2013. Après ces trois vagues, trois EHPAD ont demandé et obtenu cet accompagnement en 2014.

REDÉPLOYER DU TEMPS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS « À DESTINATION DIRECTE DES RÉSIDENTS »

Le programme compte quatre phases : diagnostic (environ 6 mois), définition du plan d'action (1 à 2 mois), accompagnement du changement (10 à 12 mois) et « capitalisation » des bonnes pratiques. Cette dernière doit s'achever début 2015, avec notamment la rédaction d'un guide, mais l'évaluation des deux premières vagues a déjà été réalisée. Pour l'expérimentation, l'ARS a été assistée par un prestataire, le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), pour un coût d'environ 200 000 euros pour chacune des trois vagues. L'objectif a été de développer des organisations de soins qui permettent de redéployer du temps de travail des soignants « à destination directe des résidents » par exemple pour améliorer leur

LA COLLABORATION AVEC LES EHPAD A AMÉLIORÉ LE SENS ET LA DYNAMIQUE DU TRAVAIL DES ÉQUIPES.



accompagnement lors des repas et de la toilette, ou encore développer l'animation, a résumé Jérôme Malfroy. Il fallait également remédier à l'écart entre le niveau des prestations proposées en semaine et celles du week-end. Les contraintes nouvelles pour les soignants devaient être compensées par une amélioration du bien-être au travail. Parmi la trentaine d'EHPAD inclus, 10 sont publics, deux appartiennent au privé à but lucratif, et les autres au privé associatif. Cela représente environ un quart des EHPAD de la région, et quelque 3 000 lits. L'EHPAD du CH de Morteau, qui faisait partie de la première vague, est celui « qui a opéré la transformation la plus globale », a décrit Jérôme Malfroy. Au début de l'expérimentation, il connaissait un absentéisme de 20 % en moyenne avec des pics à 50 %, ainsi qu'un turn-over de 40 % par an au sein de l'équipe soignante, a rapporté Monique Declerc, jugeant que la proximité de la frontière suisse ne suffisait pas à l'expliquer. L'EHPAD compte 96 places, avec un ratio de 0,56 soignant par résident. « Nous sommes partis du déroulement d'une journée idéale d'un résident, en tenant compte de son rythme », a expliqué Monique Declerc. Chaque poste de travail a été réorganisé de façon à personnaliser l'accompagnement et « redonner du sens au travail ». Le temps de repas a été augmenté (+1 heure le matin, +45 minutes le midi, +30 minutes le soir), tandis que les temps de relais entre les équipes ont été réduits en milieu de journée et concentrés le matin et le soir, passant de 1h30 à 30 minutes par jour. Des « temps relationnels » d'animation et d'accompagnement des résidents ont été mis en place en fin de matinée et début d'après-midi. Le coucher des résidents est devenu plus

tardif, permettant que l'équipe de nuit aide celle de jour, et d'améliorer la qualité du sommeil. Des binômes de soignants ont été mis en place, et un rôle pédagogique a été donné aux infirmiers auprès des aides-soignants et ASH, a poursuivi l'ancienne directrice.

DES JOURNÉES DE TRAVAIL DE 12 HEURES

Sur la base du volontariat dans un secteur de 33 résidents de l'EHPAD, une organisation des journées de travail de 11h30 sur une amplitude de 12 heures (au lieu de 7h30) a été mise en place, ce qui est « *atypique dans le secteur des personnes âgées* ». « *Cela a permis d'apporter une qualité de vie au travail, un rythme régulier, des cycles de travail, un planning connu longtemps à l'avance. Ne pas travailler plus de deux jours d'affilée, ne venir travailler que 11 jours dans le mois. Avoir 12 heures de repos chez soi entre deux journées travaillées, pouvoir emmener ses enfants à l'école, avoir moins de frais de déplacement et surtout du temps pour soi* », a détaillé Monique Declerc. L'ARS a convenu avec les EHPAD qu'il était possible de mettre en place cette organisation, alors que la réglementation peut être interprétée de différentes façons. Cela illustre l'intérêt du cadre expérimental, a noté Jérôme Malfroy. Les organisations syndicales sont opposées au travail en 12 heures, « *mais elles n'ont pas mis d'obstacle* » au projet, appelant seulement à la vigilance, a indiqué Monique Declerc. Les élus du personnel faisaient partie du comité de pilotage interne créé au sein de l'établissement (représentant l'ensemble des professions) et des réunions spécifiques ont eu lieu avec eux « *chaque fois que nécessaire* ». « *Ils ont conduit leurs propres enquêtes pour savoir si le personnel était prêt à s'en-*



gager dans cette démarche, et nous avons avancé de concert » en tenant compte de leurs propositions, a-t-elle affirmé. Tout en notant qu'une évaluation sur le long terme reste nécessaire, elle a souligné que l'absentéisme est retombé à zéro dans le service où les 12 heures ont été mises en place. « *Le personnel demande que l'on ne parle plus d'expérimentation, et il ne voudrait pas revenir en arrière* », a-t-elle assuré. Elle s'est réjouie du fait que le projet ne se soit pas limité à des ajustements, mais ait permis une « *remise à plat* » de l'organisation du travail.

DES RÉSULTATS FLUCTUANTS D'UN ÉTABLISSEMENT À L'AUTRE

L'expérimentation a permis, pour les EHPAD des deux premières vagues allés « *jusqu'au bout* », de redéployer environ un Équivalent temps plein (ETP) de soignant « *à destination directe des résidents* », pour un établissement de 80 lits, a indiqué Jérôme Malfroy. Néanmoins, les résultats ont été « *fluctuants d'un établissement à l'autre* ». Deux EHPAD ont abandonné la démarche, d'autres ont pris du retard. Certains ont connu un changement de direction ou de chef de projet pendant le programme ou un processus qui les a beaucoup mobilisés, comme un déménagement. Dans chaque établissement, l'expérimentation est évaluée par le comité de pilotage interne, par le Service de santé au travail et par le consultant extérieur, a précisé Monique Declerc. L'objectif de l'ARS n'est pas de généraliser l'expérimentation à tous les EHPAD de la région, mais plutôt d'« *accompagner les établissements qui nous sollicitent* », a affirmé Jérôme Malfroy. L'agence a fourni aux trois nouveaux établissements volontaires en 2014 un cahier des charges type, et tout ou partie du financement pour les accompagner sur 12 à 18 mois. Le dispositif peut également être proposé à un établissement dont l'inspection fait apparaître des difficultés. Des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont sollicité l'ARS pour mettre en place cette démarche dans leur champ, ce qui a été engagé en mai 2014, par la sélection de six structures. La démarche a par ailleurs aidé à travailler sur des problématiques voisines, a observé le directeur de la Performance. Concernant les glissements de tâches en EHPAD, un programme régional d'appui a été lancé en 2012, permettant de financer une centaine de formations qualifiantes d'aides-soignants pour des ASH qui « *faisaient fonction* ». Cela représente une dépense d'environ 3 millions d'euros sur trois ans. Un réseau d'infirmiers coordinateurs d'EHPAD a été constitué en Franche-Comté en 2011. Il a produit un « *guide de bientraitance* » et des outils pratiques, comme une trame de fiche de poste générique pour l'infirmier coordinateur, et pour l'infirmier exerçant en EHPAD. ♦



Télécharger
la présentation

LA MOBILISATION DES PROFESSIONNELS, CLÉ DE LA RÉUSSITE D'UNE DÉMARCHE MÉTIER-S-COMPÉTENCES



Rodolphe SOULIÉ, directeur adjoint au département des Ressources humaines, CHRU Lille

UNE DÉMARCHE « ANTICIPATIVE ET PRÉVENTIVE »

La gestion prévisionnelle des métiers et compétences vise à adapter en continu les compétences disponibles aux besoins (quantitatifs et qualitatifs) d'un établissement, en anticipant les évolutions. Pour le CHRU de Lille, qui emploie près de 12 000 Équivalents temps plein (ETP), cette démarche, mise en œuvre dès 2004 est un axe fort du projet social de l'établissement. Au sein de la DRH du CHRU, deux personnes s'y consacrent d'ailleurs à plein-temps. Démarche clé, dont « *l'enjeu principal est l'anticipation* », ainsi que l'indique Rodolphe Soulié, la GPMC comporte une double dimension individuelle (mobilité interne, orientation professionnelle, reconversion...) et collective (structuration des politiques liées aux formations, aux carrières et au recrutement).

METTRE EN ŒUVRE LA GPMC : UNE DÉMARCHE EN TROIS TEMPS

La mise en œuvre de la démarche GPMC au CHRU a comporté plusieurs temps. La première étape a été la réalisation d'une cartographie, informatisée, des métiers disponibles dans l'établissement et des effectifs associés. La démarche métiers compétences a ensuite été pleinement intégrée dans la pratique quotidienne de l'établissement : l'analyse des compétences structure ainsi les entretiens professionnels, le recrutement et la mobilité interne et la définition des plans de formation. À partir de 2015, l'établissement mettra en œuvre la GPMC dans sa dimension prospective en identifiant notamment les métiers sensibles et les compétences critiques. Précisons qu'à ce stade la démarche ne concerne ni les équipes de direction ni les médecins.

RÉPERTORIER ET QUALIFIER LES MÉTIERS : L'INDISPENSABLE PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS

La direction des Ressources humaines à laquelle revient la responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de la GPMC a jugé indispensable d'y associer les professionnels afin que les métiers puissent faire l'objet d'une réelle appropriation. Deux écueils guettent en effet ce type de démarche : la prégnance du cadre statutaire dans la FPH qui détermine les conditions d'emploi et de rémunération et le caractère *a priori* abstrait de la GPMC pour les professionnels de terrain.

CONDUIRE LA DÉMARCHE GPMC : 700 PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS LES GROUPES PROJET

La structure projet mise en œuvre pour la définition des métiers repose sur l'implication des professionnels de l'établissement. La démarche est pilotée par un comité de pilotage métiers et compétences, instance stratégique qui garantit le portage institutionnel de

LES PROFESSIONNELS DU CHRU DE LILLE PARTICIPENT DE FAÇON CONSÉQUENTE À LA DÉFINITION DE LEUR MÉTIER.



la démarche. Des comités de pilotage métier et des groupes de travail pluridisciplinaires en charge de la définition des métiers lui sont associés. Dans ce cadre l'élaboration des métiers est confiée à des représentants du métier concerné, à des représentants de l'encadrement et des directions métiers concernés. Outre la validation par le comité de pilotage dédié à la démarche, une présentation aux organisations syndicales est également prévue.

PROMOUVOIR LA DÉMARCHE : UNE COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE LARGE ET DES FORMATIONS DÉDIÉES

L'implication des professionnels dans la démarche a été complétée d'une communication institutionnelle large à destination des professionnels concernés par chaque démarche métier, de l'encadrement et de la communauté hospitalière dans son ensemble. À cet effet, des modalités de communication diverses et parfois originales ont été utilisées : assemblées générales des métiers, conseils de pôle, forums emplois-métiers... Des formations ciblées ont en outre été organisées à destination de l'encadrement afin d'expliquer et promouvoir les objectifs de la GPMC. Ces efforts ont porté leurs fruits et « *la culture GPMC est désormais bien établie au CHRU* » estime Rodolphe Soulié.

MAINTENIR LA DYNAMIQUE : DES PERSPECTIVES NOUVELLES

Gageons que cette culture bien établie permettra à l'établissement d'adresser à terme quelques-unes des problématiques soulevées par les participants à l'atelier. Comment identifier des compétences et parcours spécifiques au sein de métiers massivement représentés comme celui d'infirmier ? Quid de l'extension de la démarche aux professions médicales ? Et quel impact sur les métiers du développement des coopérations entre professionnels de santé ? ◆



Télécharger
la présentation

INTERVIEW CONCLUSION DE... **CHRISTIAN ANASTASY,**

directeur général de l'ANAP

par Thierry Guerrier, journaliste-présentateur



Thierry Guerrier : Christian Anastasy, je voudrais que l'on commence avec quelques mots sur le 1^{er} bilan d'ensemble que vous tirez de ces deux journées ?

Avant de me lancer dans un bilan, je voudrais d'abord remercier Jean-Yves Grall qui nous a accueillis dans sa ville, Frédéric VanRoekeghem d'avoir interrompu ses vacances pour venir nous rejoindre, et plus généralement tous les intervenants qui ont enrichi ces deux jours de débats.

Sur le bilan lui-même, d'un point de vue quantitatif d'abord, on avait 539 inscrits à l'ouverture du Congrès et 502 présents hier, sur la journée du vendredi. C'est tout à fait remarquable, c'est la première fois que l'on constate cela. La progression de l'affluence à l'Université d'été de la performance en santé est permanente depuis Avignon où nous étions 250 environ (2011).

D'un point de vue qualitatif, je trouve intéressant cette alternance de plénières avec des grands témoins, des personnalités de haut niveau qui viennent partager leur vision des choses, et puis ces retours d'expérience, qui sont la marque de fabrique de l'ANAP. La marque de

fabrique de l'ANAP c'est au fond de permettre la transmission de savoir, entre des professionnels qui ont fait des choses sur le terrain, et d'autres équipes qui ont envie de faire des choses analogues.

T. G. : L'intervention de Gilles Herreros, sociologue des organisations, a été remarquée. Qu'en avez-vous pensé ?

Gilles Herreros, ne s'inscrit pas dans la ligne de l'ANAP. Il a exprimé une réserve quant aux concepts de performance et à la sémantique managériale, nous obligeant à prendre du recul par rapport à notre propre terminologie. En cela, l'Université d'été de la performance en santé garde son statut de lieu d'échange, où des points de vue différents, décalés, iconoclastes doivent pouvoir s'exprimer librement.

T. G. : Rendez-vous l'an prochain ?

Il y aura donc une 5^{ème} édition, je vous le confirme, qui sera probablement davantage centrée sur la place de l'usager dans l'amélioration du fonctionnement de système de santé. Merci à tous, à l'année prochaine.

REMERCIEMENTS



Monique ABAD
Didier ALAIN
Christian ANASTASY
Dominique ANDRÉ
Hélène ANTONINI CASTERA
Alain ARNAUD
Marie-Emmanuelle AUBERT
Yves AUROY
Eva BATTAGLIA
Jean-Marie BARBOT
Hervé BARGE
Jean-Louis BENAVAL
Véronique BERTRAM
Rachel BOCHER
Luc BOILEAU
Frédéric BOIRON
Jacky BONTEMS
Claire BOULOC
Isabelle BRANCHU
Isabelle BRIATTE

Igor BUSSCHAERT
Jean-Yvon CABIOC'H
Agnès CAILLETTE BEAUDOIN
Philippe CALMETTE
Isabelle CARPENTIER
Marie-Odile COUSIN
Sébastien DAMART
Jean DEBEAUPUIS
Monique DECLERC
Pierre DE HAAS
Jean-Paul DELEVOYE
Stéphanie DEMAILLY
Jane DESPATIN
Bernadette DEVICTOR
Christophe DOUESNEAU
Xavier DUPONT
Géraldine DURAND CHABANNES
Patrick ECHÉ
Alan ENTEM
Pierre ESPINOZA

Nathalie FAURE
Agnès FERRET
Jean-Nicolas FICHET
Marie-Jeanne FONTUGNE
Michel GAGNEUX
Jean-Yves GRALL
Sylvie GASTILLEUR
Corinne GRENIER
Thierry GUERRIER
Florence GUIRAUD
Gilles HERREROS
Bernard HUYNH
Elisabeth JACQUELINE
Stanislas JOHANET
Catherine JOUNEAU
Éric KARIGER
Amah KOUÉVI
Mona KRICHEN
Michel LAFORCADE
Pierre LANCELOT
Guy LAURENT
Patrick LÉGERON
Hélène LEHERICEY
Michèle LENOIR-SALFATI
Emanuel LOEB

Marie-Dominique LUSSIER
Jamel MAHCER
Jérôme MALFROY
Julien MARCELLE
Gérard MICK
Michel NAKHLA
Christophe NAVARRO
Thierry NOBRE
Geovanny OSORIO
Lydie PACTCHENKO
Christian PRADIER
Axelle PRUVOT
Elsa PTAKHINE
Philippe RITTER
Pierre ROUX
Benoît SERVANT
Rodolphe SOULIÉ
Philippe TOUZY
Frédéric VAN ROEKEGHEM
Christian VIALLO
Éric WABLE
Brigitte WERY
Jean-Guilhem XERRI

En partenariat avec APM, Décision Santé, Hospimédia et Techniques Hospitalières.



Les participants à l'Université d'été de la performance en santé se sont mobilisés pour réaliser un photo montage pendant l'événement.



Retrouvez sur le site de l'Université d'été toutes les présentations des intervenants, les posters, les photos, les vidéos...

www.performance-en-sante.fr

